



A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo

por

Lúcia Silva Marinho Novo

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientada por:

Maria do Rosário Mota de Oliveira Alves Moreira

Jorge Miguel Silva Valente

2010

NOTA BIOGRÁFICA

Lúcia Silva Marinho Novo nasceu em Paris, em 1973. Licenciou-se em Gestão na Faculdade de Economia da Universidade do Porto, tendo aí concluído uma Pós-Graduação em Gestão e Direcção dos Serviços de Saúde.

Durante os cinco primeiros anos de carreira profissional no Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, exerceu funções:

- No Serviço de Aprovisionamento, de Dezembro de 2000 a Junho de 2005;
- No Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão, de Junho de 2005 a Novembro de 2006;
- Actualmente, é Gestora do Departamento da Mulher e da Criança e do Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

Tem como área específica de conhecimento as métricas assistenciais hospitalares, em particular, e a economia da saúde, de forma generalizada.

AGRADECIMENTOS

A redacção dos agradecimentos de uma tese é uma tarefa complexa que ultrapassa amplamente, do meu ponto de vista, a redacção da própria tese. A dificuldade reside no facto de querer agradecer a todas as pessoas que contribuíram, de perto ou de longe, para o desenvolvimento desta tese, sem esquecer ninguém.

Começo por agradecer ao meu grande amigo e mentor Mestre Baltasar Fernandes que foi o catalisador desta empreitada, com quem tenho partilhado os conceitos base desta tese. Caro Baltasar, agradeço penhoramente a tua dedicação, a partilha da tua sabedoria e as palavras de alento nos momentos de desânimo. Infinitamente obrigada.

Agradeço ao Presidente do Conselho de Administração, Dr. Martins Alves, pela sua anuência quanto à utilização dos dados estatísticos da ULSAM e pelo voto de confiança demonstrado.

Agradeço aos meus orientadores, Maria do Rosário Mota de Oliveira Alves Moreira e Jorge Miguel Silva Valente, pela supervisão desta tese, pelas correcções da análise qualitativa e quantitativa dos dados, e pela orientação e apoio científico que tornaram possível a concretização deste trabalho. Muito obrigada.

Agradeço às minhas amigas e colegas Irene e Agonia, bem como a todos os assistentes técnicos do SUB – Ponte de Lima e SUB – Monção que me ajudaram na tarefa árdua de aplicação dos questionários. Sem vocês este trabalho não teria sido possível.

Agradeço aos meus colegas do Mestrado, pela solidariedade e pela amizade em momentos tão importantes deste percurso e aos professores que me incentivaram na procura de conhecimento.

Por fim, e porque os últimos são sempre os primeiros, quero agradecer à minha família a paciência que tiveram ao longo destes dois anos. Começo pelo Paulo, meu marido, a quem peço desculpa pelos dias menos bem-humorados e a quem agradeço todo o apoio manifestado e voto de confiança demonstrados. Aos meus pais, Lucinda e José, por me terem proporcionado os meios necessários para que pudesse ingressar numa carreira profissional. Às manas (Rosa Maria e Helena) e sobrinhas (Virginie e Alexandra) por desculparem as minhas ausências em determinados momentos e que, apesar de tudo, tiveram sempre uma palavra de encorajamento. Um agradecimento aos meus sogros (D. Ana Maria e Sr. José) pelo apoio, pela amizade e pela paciência que tiveram comigo ao longo desta caminhada. A todos vocês, obrigada por tudo!

RESUMO

O presente trabalho de investigação tem como objectivo analisar os factores que determinam a procura dos serviços de saúde no Distrito de Viana do Castelo, particularmente a procura do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica de Viana do Castelo, do Serviço de Urgência Básica de Ponte de Lima e do Serviço de Urgência Básica de Monção.

Estudos empíricos sobre a procura de Serviços de Urgência, ou “*Emergency Department*”, realizados em outros países focam essencialmente a auto-percepção do estado de saúde da população inquirida.

Assim, este trabalho também procura reflectir a forma como é percebido o estado de saúde pelo utente e a sua relação com um conjunto de variáveis (género, idade, proximidade geográfica aos serviços de urgência, estado civil, escolaridade, situação perante o emprego, rendimento do agregado familiar, nível de satisfação dos utentes com o atendimento dos serviços de urgência, entre outros).

Os resultados revelam a importância deste conjunto de variáveis enquanto factores distintivos, na forma como cada pessoa avalia, positiva ou negativamente, o seu próprio estado de saúde e a consequente procura dos serviços de urgência disponíveis no Distrito. Revelam, ainda, que na maior parte dos casos a procura adveio da iniciativa própria dos utentes, sendo também motivada pela disponibilidade de meios complementares de diagnóstico e pela facilidade de aceder aos serviços de urgência. No entanto, o nível de satisfação dos utentes é generalizado, quer em termos dos CSP quer em termos dos SU.

Os resultados sugerem, assim, a necessidade de uma reflexão profunda a nível interno, desde a gestão de topo aos agentes prestadores de cuidados em toda a dimensão da Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Palavras-chave: Acesso e Universalidade, Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Urgência.

ABSTRACT

This research work aims to analyze the factors that determine demand for health services in the District of Viana do Castelo, in particular demand for the Medical Surgical Emergency Department of Viana do Castelo, Basic Emergency Service of Ponte de Lima and Basic Emergency Service of Monção.

Empirical studies on the demand for Emergency Services, or “Emergency Department”, conducted in other countries essentially focus on the self-perception of health status of the population surveyed.

This work also seeks to reflect how health status is perceived by patients and its relationship to a set of variables (gender, age, geographic proximity, marital status, education, employment situation, household income, level of patients’ satisfaction with the care of emergency services, among others.)

The results show the importance of this set of variables while distinguishing factors in how individuals evaluated, positively or negatively, their own health, and the consequent demand for emergency services available in the District.

The results suggest the need for a thorough internal reflection, from top management to staff caregivers, in every dimension of the Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Moreover, we should invest proactively in the educational aspect for a true paradigm shift in the concept of Health Care and the true vocation of Emergency Services at the District of Viana do Castelo.

They also show that the demand results from the patients’ own initiative, and is motivated not only by the availability of complementary diagnostic resources, but also by the ease of access to the emergency services. Nevertheless, the level of patients’ satisfaction is generalized, for both primary health care and emergency services.

The results suggest the need for a thorough internal reflection, from top management to staff caregivers, in every dimension of the Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Keywords: Access and Universality, Primary Health Care, Emergency Services

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

NOTA BIOGRÁFICA	I
AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
LISTA DE ABREVIATURAS	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	4
1.1. ACESSO E UNIVERSALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	4
1.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	8
1.3. SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	12
1.4. PERTINÊNCIA DO TEMA.....	15
1.5. OBJECTIVOS.....	19
1.6. SÍNTESE DA LITERATURA	19
2. CUIDADOS DE SAÚDE NO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	33
2.1. TIPO DE ESTUDO	34
2.2. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA/CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	35
2.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS – O QUESTIONÁRIO	38
3. PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE – ANÁLISE DOS RESULTADOS EMPÍRICOS.....	41
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA	41
3.2. ANÁLISE DAS QUESTÕES RELATIVAS AOS CENTROS DE SAÚDE.....	51
3.3. ANÁLISE DAS QUESTÕES RELATIVAS AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	55
3.4. ANÁLISE COMPARATIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	61
3.4.1. SUMC – VIANA DO CASTELO – ANÁLISE COMPARATIVA.....	62
3.4.2. SUB – PONTE DE LIMA – ANÁLISE COMPARTIVA.....	64
3.4.3. SUB – MONÇÃO – ANÁLISE COMPARATIVA	66
4. CONCLUSÕES	68
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXO A1: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULSAM	76
ANEXO A2: QUESTIONÁRIOS	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - PIB per capita.....	6
Tabela 2 - Situação Demográfica do Distrito/Concelhos.....	7
Tabela 3 – Consultas nos Centros de Saúde do Distrito	11
Tabela 4 - Triagem Manchester	13
Tabela 5 – Movimento Hospitalar.....	13
Tabela 6 - Custos Operacionais.....	15
Tabela 7 - Episódios de Urgência/Prioridade Clínica - SUMC Viana.....	16
Tabela 8 - Episódios de Urgência/Prioridade Clínica - SUB Ponte de Lima.....	16
Tabela 9 - Episódios de Urgência/Prioridade Clínica - SUB Monção	16
Tabela 10 – Doentes atendidos no SUB de Monção.....	17
Tabela 11 – Doentes atendidos no SUB de Ponte de Lima.....	17
Tabela 12 – Doentes atendidos no SUMC de Viana do Castelo	18
Tabela 13 - Estimativa da dimensão da amostra	37
Tabela 14 – Dimensão da Amostra	37
Tabela 15 - Distribuição dos utentes por serviço de urgência.....	41
Tabela 16 - Situação Familiar dos Utes.....	43
Tabela 17 - Situação Laboral	44
Tabela 18 - Rendimento Mensal	45
Tabela 19 - Doentes Crónicos	46
Tabela 20 - Razões da procura do CS – Utes Inquiridos no SUMC – Viana do Castelo.....	51
Tabela 21 - Razões da procura do CS - Utes Inquiridos no SUB - Ponte de Lima.....	51
Tabela 22 - Razões da procura do CS - Utes Inquiridos no SUB - Monção	52
Tabela 23 - Razões da procura do SU - Utes Inquiridos no SUMC - Viana do Castelo.....	55
Tabela 24 - Razões da procura do SU - Utes Inquiridos no SUB - Ponte de Lima.....	56
Tabela 26 - Informação sobre o recurso aos serviços de atendimento.....	58
Tabela 27 - Taxas Moderadoras.....	60
Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis– SUMC - Viana	62
Tabela 29 - Teste Mann-Whitney - SUMC - Viana do Castelo	63
Tabela 30 - Teste Kruskal-Wallis – SUB – Ponte de Lima	64
Tabela 31 - Teste Mann-Whitney - SUB - Ponte de Lima.....	65
Tabela 32 - Teste Kruskal-Wallis - SUB – Monção	66
Tabela 33 - Teste Mann-Whitney - SUB – Monção	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Distrito de Viana do Castelo	5
---	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da Idades no SUMC - Viana	42
Gráfico 2 - Distribuição das Idades no SUB - PL	42
Gráfico 3 - Distribuição das Idade no SUB - Monção	42
Gráfico 4 - Sexo	43
Gráfico 5 - Habilitações Literárias	44
Gráfico 6 - Doenças Crónicas	45
Gráfico 7 - Inscrição no Centro de Saúde	47
Gráfico 8 - Inscrição no Médico de Família	47
Gráfico 9 – Distribuição dos Utentes Inquiridos no SUMC – Viana por Concelhos.....	48
Gráfico 10 – Distribuição dos Utentes Inquiridos no SUB – PL por Concelhos	49
Gráfico 11 - Distribuição dos Utentes Inquiridos no SUB - Monção por Concelhos	49
Gráfico 12 - N.º médio de visitas aos Serviços de Urgência em 2009	50
Gráfico 13 - Triagem Manchester	50
Gráfico 14 - Satisfação dos Utentes - Atendimento dos Profissionais.....	53
Gráfico 15 - Satisfação dos Utentes - Instalações	53
Gráfico 16 - Satisfação dos Utentes - Tempos de Espera	54
Gráfico 17 - Existência de motivos para mudar de Médico de Família	55
Gráfico 18 - Motivos para mudar de Médico de Família	55
Gráfico 19 - Percepção de Gravidade da Doença	58
Gráfico 20 - Satisfação - Atendimento do SUMC - Viana	59
Gráfico 21 - Satisfação - Atendimento no SUB - PL	59
Gráfico 22 - Satisfação - Atendimento no SUB - Monção	59

Lista de Abreviaturas

ACES	Agrupamentos de Centro de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EDs	Emergency Departments
MF	Médico de Família
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho
USF	Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O acesso aos Cuidados de Saúde faz-se, genericamente, por duas formas: pela via programada (Consultas) e pela via não programada (Urgências). A facilidade que se tem vindo a verificar no acesso aos Cuidados de Saúde, nomeadamente às Urgências, tem provocado alguma desregulação pelo lado da procura, estrangulando a capacidade de resposta dos serviços. Esta suposta facilidade que se procurou resfriar, na prática, com o recurso às taxas moderadoras e, posteriormente, com a introdução do sistema de triagem de prioridades onde a primazia do atendimento é dada às situações mais graves, não teve grandes resultados, pelo menos nos Serviços de Urgência do Distrito de Viana do Castelo. Com a implementação das taxas moderadoras o Governo pretendeu não só regular o acesso aos serviços de saúde, envolvendo directamente os utentes na melhoria da gestão dos estabelecimentos e da prestação de cuidados de saúde, mas também introduzir um princípio de justiça social no próprio acesso (Decreto-Lei n.º 173/2003). Desta forma, tentou encontrar um instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde.

No que respeita às taxas moderadoras, existe uma diferença significativa no valor das taxas dos serviços de urgência e dos centros de saúde, na medida em que estas são iguais a 8,20€ e 2,20€, respectivamente (Portaria nº34/2009).

Por outro lado, a falta de médico de família (5.101 utentes em 31/12/2009) e de resposta da consulta programada em tempo útil parece influenciar a procura dos serviços de urgência. A análise do acesso à urgência pelo sistema de triagem de prioridades revela que aproximadamente 50% dos episódios de urgência, no ano de 2009 e no âmbito da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, tiveram cor verde (“pouco urgente”) traduzindo-se num tempo de espera até duas horas, não configurando deste modo uma situação de verdadeira urgência.

Ora, na lógica da sustentabilidade financeira, por um lado, e na óptica do acesso aos cuidados de saúde, por outro lado, é importante perceber as razões de tão elevada procura, em situações que *a priori* não o justificam.

Pretende-se, assim, com este estudo perceber a Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo.

Que razões levarão as pessoas a escolherem os Serviços de Urgência em detrimento da prestação de cuidados de saúde nos Centros de Saúde (CS)/Unidades de Saúde Familiar (USF), em situações de não gravidade?

Será que o utente percebe se a oferta de cuidados disponível na sua área de influência lhe garante uma resposta adequada, em tempo útil, para o seu problema?

Esta investigação contextualiza-se no âmbito da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM). A ULSAM integra a totalidade dos serviços públicos de saúde do Distrito de Viana do Castelo: dois hospitais, doze Centros de Saúde, incluindo estes sete Unidades de Saúde Familiar e quinze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. É também constituída por um Serviço de Saúde Pública e duas Unidades de Convalescença. Parece existir, deste modo, uma rede efectiva de cuidados primários inteiramente integrada com os cuidados hospitalares.

Nesta abordagem incluem-se aspectos relativos à acessibilidade aos cuidados de saúde primários e aos cuidados hospitalares (designadamente, Serviço de Urgência Básica de Monção, Serviço de Urgência Básica de Ponte de Lima e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de Viana do Castelo), aos factores críticos de sucesso da sua utilização e à avaliação da utilização dos cuidados de saúde. Neste sentido, é importante conhecer e perceber o que influencia a procura dos cuidados de saúde, bem como os factores a ela inerentes, de modo a empreender medidas de melhoria na organização dos serviços de saúde em função das necessidades das populações.

Não havendo conhecimento, no Distrito de Viana do Castelo, de estudos similares, o presente trabalho pretende colmatar esta lacuna e contribuir de alguma forma para gerar evidências sobre o porquê da procura de serviços de urgência, no Distrito, por doentes que não apresentam critérios de gravidade.

Para obtenção de informação sobre a tendência de procura da população procedeu-se à elaboração e aplicação de um questionário estruturado, dirigido aos utentes do Serviço de Urgência Básica de Monção e de Ponte de Lima e do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica de Viana do Castelo, com idade igual ou superior a 17 anos, triados (de acordo com a Triagem Manchester) com cor Verde, Azul e Branco (correspondentes às situações classificadas como pouco urgentes, não urgentes e outros). No que respeita à recolha dos dados estatísticos, utilizamos como fonte os sistemas de informação da ULSAM.

Vários estudos empíricos publicados sobre a temática em apreço, e as conclusões daí retiradas, não são muito divergentes. Genericamente, concluem que as pessoas procuram os Serviços de Urgência, ou “*Emergency Department*”, porque entendem que têm melhores condições de tratamento (nível de confiança), pela oportunidade, pela disponibilidade permanente, sendo ainda que a grande maioria dos doentes auto-percepciona a sua situação clínica como urgente, utilizando assim como fonte regular de cuidados o Serviço de Urgência.

Apesar dos sistemas de saúde serem diferentes, nos países em análise, os problemas de acesso aos cuidados primários são idênticos, pelo que a articulação entre cuidados primários e hospitalares parece ser fundamental e pode contribuir para a redução dos atendimentos inadequados nas urgências hospitalares.

Este estudo encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento do trabalho de investigação, onde se faz uma breve síntese da literatura sobre o acesso e universalidade dos cuidados de saúde, os cuidados de saúde primários e serviço de urgência”, sendo também apresentada a pertinência do tema e efectuada a identificação dos objectivos. No segundo capítulo, é descrito o método de investigação utilizado, definindo-se o tipo de estudo realizado, a população alvo, os critérios de inclusão e exclusão, a dimensão da amostra e referência ao instrumento de recolha de dados. O terceiro capítulo inclui a análise dos resultados empíricos. Por último, no quarto capítulo apresentamos a conclusão deste trabalho de investigação e a apresentação de algumas sugestões e direcções para investigação futura.

1. ENQUADRAMENTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1.1. ACESSO E UNIVERSALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Ao longo dos anos, o sistema de saúde português tem vindo a sofrer algumas alterações, influenciando o seu desenvolvimento e a sua configuração actual.

Contudo, tem havido um esforço sustentado para melhorar a “saúde” e os serviços de saúde prestados, isto é, na obtenção de ganhos de saúde traduzidos em mais anos de vida com mais qualidade, nomeadamente no que diz respeito ao modo de financiamento da “saúde”, ao desenvolvimento dos serviços de saúde (infra-estruturas e adopção de novas tecnologias médicas e de informação), à melhoria do acesso a medicamentos e à melhoria da organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Assim, as mudanças que vão ocorrendo no SNS, centradas no utente e no doente, visam garantir a proximidade do sistema de saúde aos cidadãos, procurando melhorar a qualidade de resposta às suas necessidades. Neste sentido, o termo “ACESSIBILIDADE” deve ser entendido como sendo a orientação da procura de cuidados de saúde de acordo com um circuito lógico, mais conveniente para os cidadãos, mais racional para os Serviços e com menores custos para o Sistema de Saúde. Esta lógica é também extensível à rede de cuidados primários (implementação de Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados Personalizados) e à rede de cuidados continuados.

No entanto, o conceito de “ACESSIBILIDADE” é considerado por muitos um conceito complexo, dado que o processo de utilização dos serviços de saúde resulta da interacção do comportamento de cada pessoa que procura cuidados de saúde e do profissional que a conduz dentro do sistema de saúde e que é responsável pelos contactos subsequentes. Este conceito varia entre autores e muda ao longo do tempo de acordo com o contexto político. A título de exemplo, Donabedian (1973) atribuiu ao substantivo “acessibilidade” a qualidade do que é acessível, enquanto outros autores, como por exemplo, Houaiss e Villar (2001) atribuíram-lhe o carácter de acto de entrada, ou então, a conjugação de ambos os termos indicando o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Para Donabedian (1973) a acessibilidade está intimamente relacionada com as características dos serviços e recursos de saúde que podem facilitar ou limitar a sua utilização pelos potenciais utilizadores (utentes).

Apesar de existirem algumas discordâncias na terminologia e abrangência do conceito de acessibilidade, o “acesso” não deixa de ser, em termos gerais, uma medida de desempenho dos sistemas de saúde associados à oferta.

No Distrito de Viana do Castelo não existem outras entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares além das que constituem a ULSAM.

Um dos objectivos subjacentes à criação da Unidade Local de Saúde (ULS) foi permitir melhorar o acesso e adequar a resposta através da interacção da oferta de cuidados globais e integrados, competindo aos diversos serviços encontrar as respostas para satisfazer as necessidades da população do Distrito. A geografia do Distrito de Viana do Castelo, a melhoria das acessibilidades que se verificaram nos últimos anos e a articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares, que se tem vindo a desenvolver ao longo dos anos, parece ter permitido criar as condições necessárias para a elevação do nível de saúde da população residente, como se pode constatar da Figura1.



Figura 1 - Mapa do Distrito de Viana do Castelo

Salienta-se ainda que um dos factores que influenciam a “saúde” é a ruralidade associada à população residente no Distrito. Este facto é mais evidente nos concelhos com baixa densidade populacional e economicamente deprimidos (o PIB *per capita* do Distrito em 2004, correspondia apenas a 62% do PIB *per capita* do país), caracterizados pela desertificação, envelhecimento e grau de escolaridade e qualificações profissionais baixas.

Tabela 1 - PIB per capita

Ano 2004			
Indicador	Distrito	Norte	Portugal
PIB <i>per capita</i>	62%	79%	100%

Fonte: INE e CEVAL

A densidade populacional do Distrito é ligeiramente inferior à de Portugal, mas significativamente inferior à do Norte do país (Tabela 2), reflexo da desertificação e acentuado envelhecimento da população, principalmente nos concelhos do interior (Arcos de Valdevez, Paredes de Coura, Monção e Melgaço). São as componentes sócio económicas (densidade populacional, índice de dependência de jovens, índice de dependência de idosos, taxa de analfabetismo, indicador per capita do poder de compra, taxa de desemprego) que também condicionam a saúde em relação à existência de assimetrias locais no estado de saúde da população residente no Distrito, como referido no Plano Estratégico 2008 – 2010 da ULSAM. O índice de dependência dos idosos é ligeiramente superior ao da região norte e ao do país. Inversamente, o índice de dependência dos jovens é inferior. Tal facto significa que os jovens do Distrito de Viana iniciam a sua vida activa mais cedo em prejuízo da continuidade da formação académica.

Tabela 2 - Situação Demográfica do Distrito/Concelhos

Concelhos Indicadores	Ano 2008				Ano 2007
	Densidade Populacional	Índice Envelhecimento	Índice Dependência Jovens	Índice Dependência Idosos	Poder de Compra <i>per capita</i> (%)
Viana do Castelo	286,9	124,3	20,8	88,35	88,35
Caminha	121,9	162,7	19,1	77,41	77,41
V. N. Cerveira	80,1	166,5	21	77,76	77,76
Ponte de Lima	139	113	23,4	58,48	58,48
Arcos de Valdevez	54,2	252,2	17,9	52,41	52,41
Paredes de Coura	67	220,9	18,5	54,92	54,92
Ponte da Barca	71,4	159,2	20,4	50,95	50,95
Monção	92,4	259,5	15,8	60,89	60,89
Melgaço	39,4	379	14,8	55,25	55,25
Valença	122,2	171,7	19,5	76,16	76,16
DISTRITO	113,1	157,9	20,1	31,8	71,21
NORTE	176	99,3	22,6	22,5	86,24
PORTUGAL	115,4	115,5	22,8	26,3	100

Fonte: INE e CEVAL

No entanto, para que os serviços de prestação de cuidados de saúde possam evoluir de forma ajustada às necessidades dos cidadãos, a fim de satisfazer essas mesmas necessidades, parece ser também imprescindível o envolvimento e a compreensão de quem necessita destes cuidados. Frequentemente, as pessoas esquecem-se que a saúde continua a ser, também, uma responsabilidade individual. Por outro lado, a relação que se vem estabelecendo ao longo dos tempos entre o utente e o SNS parece dificultar a explicação às pessoas que dispor de cuidados apropriados não é ter acesso indistinto a todos os níveis de prestação de cuidados.

Assim, e de acordo com o preceituado na Constituição da República Portuguesa, é responsabilidade do Estado promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, através de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito (Artigo 64.º). Sendo o princípio da solidariedade um valor estruturante da criação do SNS e do seu desenvolvimento, deve então traduzir-se em maior acessibilidade, maior qualidade de atendimento dos utilizadores, maior eficiência do funcionamento dos

serviços de saúde (maximizando os resultados com um determinado nível de recursos) e maior efectividade ao nível dos resultados alcançados, quer em relação a um doente, quer em relação a uma determinada população.

Os serviços públicos, pela sua natureza e pela origem dos seus recursos (*impostos*), devem pautar-se pelos princípios da qualidade e efectividade da sua produção, garantia de acessibilidade e transparência, rigor e economia de meios (eficiência).

Ainda neste contexto, uma breve referência ao sector privado que tem tido uma forte participação nos cuidados de saúde. É o próprio Estado que define na sua política de saúde o apoio ao desenvolvimento do sector privado, em particular às iniciativas das instituições particulares de solidariedade social em função das vantagens sociais decorrentes destas iniciativas. O sector privado parece ser, deste modo, um parceiro essencial na relação de competitividade saudável em vista à melhoria no acesso e qualidade dos cuidados de saúde oferecidos aos cidadãos. Contudo, continua a pertencer ao Estado o garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

1.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Programa do XVII Governo Constitucional assumiu a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como essencial para a modernização do SNS. Os CSP são os cuidados de saúde essenciais postos universalmente ao dispor de indivíduos e famílias da comunidade.

Segundo Correia de Campos (2008), os CSP são o primeiro nível de contacto do cidadão com o sistema de saúde, quando se encontra doente, mas também quando se mantém saudável.

Nos termos da base XIII da Lei de Bases da Saúde, os CSP são o núcleo do sistema de saúde e, por isso, devem estar mais próximos dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, como principal via de acesso aos cuidados de saúde em geral, de forma mais eficiente, socialmente mais justo e solidário. A base institucional dos CSP consiste, assim, nos centros de saúde. Deste modo, pretende-se que os CS sejam um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população. É importante referir que a prestação dos CSP tem como base os clínicos gerais (medicina geral e familiar), cujo papel principal é o de *gatekeeping* do sistema, constituindo este o

elemento facilitador para aceder aos médicos especialistas (desde que necessário) através da referenciação por parte do clínico geral.

Consequentemente, com esta referenciação espera-se que a utilização dos especialistas seja mais eficiente. Neste contexto, a relação que se estabelece entre o clínico geral e o doente não pode ser ignorada, e pode ser encarada como uma relação de agência, ou seja, “(...) a delegação no médico sobre o tratamento a ser seguido em caso de doença (...)” (Barros, 2005).

No entanto, e segundo Jorge Simões (2010), há uma tendência para a desvalorização dos CSP por parte dos doentes, levando a um aumento significativo da procura dos serviços de urgência hospitalares, com custos associados mais elevados. Esta tendência fragiliza o sistema pelo excesso da procura.

A reforma dos CSP surge da resposta insuficiente, dada pelos centros de saúde, às necessidades de cuidados aos cidadãos, principalmente no que concerne ao acesso a consultas médicas. Deste modo, foi necessário rever a organização dos CSP para otimizar os recursos existentes, de forma a proporcionar uma maior cobertura da população e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Deste modo, a reforma dos CSP, em Portugal, assenta numa reconfiguração dos CS, começando pelo agrupamento dos CS, formando os Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES). Os ACES são uma estrutura de gestão com maior proximidade no terreno, sendo que a própria estrutura interna dos CS passa a ser constituída por unidades funcionais que se articulam entre si e que podem ser de três tipos:

- a) As Unidades de Saúde Familiares, que são pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica e que contratualizam os objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, garantindo aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (Ministério da Saúde, 2009). As USF são constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos que se auto organizam voluntariamente e que têm por missão a prestação de cuidados directos aos seus utentes, concedendo-lhes uma maior autonomia e responsabilização face aos resultados a alcançar;
- b) As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com estrutura e funcionamento idêntico ao das USF, diferindo destas pelo facto de os profissionais não se auto organizarem e não usufruírem de incentivos. As UCSP integram ainda uma

equipa de cuidados continuados e integrados no domicílio, articulando-se com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.

c) As Unidades de Cuidados na Comunidade que são constituídas por profissionais que se auto organizam, tendo por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde de uma dada população, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, ou em situação de doença que requeira acompanhamento mais próximo e contínuo.

O objectivo desta reforma é a criação de uma rede de prestação de cuidados de saúde primários que se articule de forma permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação, procurando assim assegurar a universalidade dos cuidados aos cidadãos bem como melhorar a qualidade dos cuidados prestados. De salientar que, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (2004), os sistemas de saúde constituídos por uma estrutura de cuidados primários de base consistente obtêm melhores resultados de saúde, maior equidade, utilização mais eficaz e eficiente dos serviços e maior satisfação dos utilizadores a um custo mais baixo.

Segundo Scott (2000), existe uma tendência internacional, cada vez mais crescente, no sentido de fortalecer os CSP, considerados os elementos chave para uma melhoria da equidade e da eficiência dos sistemas de saúde.

Contudo, apesar de todo o esforço que se tem verificado na área da saúde, o SNS continua a enfrentar problemas de acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde, bem como de crescimento das despesas.

De acordo com dados recolhidos junto dos hospitais pelo Ministério da Saúde, em 2007 encontravam-se em lista de espera para uma primeira consulta hospitalar cerca de 474 mil portugueses. Deste modo, em Julho de 2008 foi aprovado pelo Governo o Regulamento da Consulta a Tempo e Horas (Portaria n.º615/2008, de 11 de Julho), isto é, o Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS. Esta iniciativa do Governo teve como principais objectivos colmatar as insuficiências existentes ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar e promover a celeridade no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar a partir dos CSP através, por um lado, da

aplicabilidade de regras de transparência dos procedimentos e da responsabilização das instituições do SNS e, por outro lado, de uma metodologia de referenciação que, tendo como ponto de partida o processo clínico do doente, assegure, desde logo, o acesso equitativo desde a marcação da primeira consulta até ao retorno de informação ao médico assistente. Pretende-se, assim, que esta iniciativa contribua para a prevenção e não agravamento de muitas doenças, devido ao diagnóstico precoce que, no futuro, levará a desnecessários episódios de urgência hospitalar.

A este nível é de referir que o número de consultas externas do hospital de Viana do Castelo regista um acréscimo de 3,6%, face a 2008, e um aumento de 4,3% face ao 1.º semestre de 2009, em resultado de uma activa referenciação para as consultas de especialidade por parte dos CS. Nos cuidados primários do Distrito de Viana do Castelo, em 2009, constata-se uma maior utilização das consultas médicas, fundamentalmente nas valências de Saúde de Adultos (6,1%), Saúde Materna (3,8%), Saúde Infantil (13,1%) e Saúde Juvenil (12,5%), traduzindo-se num aumento global de 6,2% face ao período homólogo. No entanto, as Consultas realizadas nos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e as Consultas Abertas registaram uma diminuição de 18,3% no mesmo período. De acordo com a informação da ULSAM esta diminuição deve-se à reestruturação do horário do SAP do Centro de Saúde dos Arcos de Valdevez e do Centro de Saúde de Caminha, tendo tido início, em Novembro e Dezembro de 2009, a Consulta Aberta nos CS de Barrocelas, Darque e Viana do Castelo.

Evidencia-se que a actividade global ao nível dos Cuidados de Saúde Primários cresceu 1,7% em 2009, comparativamente ao ano de 2008, o que revela um incremento moderado de consumo de cuidados a este nível.

Tabela 3 – Consultas nos Centros de Saúde do Distrito

	2008	2009	Δ%(2009/2008)
SAP + Consultas Abertas	203.399	166.187	-18,3%
Consultas Médicas (C.S.P)	906.422	962.667	6,2%
Total	1.109.821	1.128.854	1,7%

Fonte: Sistema informático SINUS

A partir de 28 de Março de 2010 os SAP do Distrito encerraram e iniciou-se o Prolongamento de Horário na UCSP de Arcos de Valdevez (20 - 24 horas – Dias úteis;

13 - 24 horas – Fins de Semana e Feriados); UCSP de Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura e Valença (20 -24 horas – Dias úteis; 08 – 24 horas – Fins de Semana e Feriados); UCSP Ponte da Barca (20 -22 horas – Dias úteis; 08 – 22 horas – Fins de Semana e Feriados) e UCSP de Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira (08 – 24 horas – Fins de Semana e Feriados).

1.3. SERVIÇOS DE URGÊNCIA

A par da reforma dos cuidados de saúde primários acontece também o processo de requalificação das Urgências. Esta requalificação tem como objectivo reduzir o tempo médio de acesso e melhorar de forma substancial a equidade territorial e a qualidade da assistência médica. Apesar dos encargos financeiros acrescidos associados a esta medida, esperam-se ganhos de equidade e qualidade.

No entanto, tem sido notório o recurso da população, por encaminhamento médico ou por iniciativa própria, aos serviços de funcionamento ininterrupto (urgência hospitalar), “gratuito”, e cuja utilização parece ainda não estar convenientemente disciplinada, contribuindo assim para uma maior facilidade de acesso. O recurso indevido ao serviço de urgência hospitalar acarreta dificuldades acrescidas aos doentes verdadeiramente urgentes, logo mais necessitados, que vêm o seu atendimento atrasado, para além de todas as consequências que daí advêm para a logística do funcionamento do serviço. Neste contexto, colocar-se-á a seguinte questão: Estará, na prática, esta requalificação a surtir efeito?

É fundamental o conhecimento por todos os intervenientes, incluindo a população, de que um Serviço de Urgência (SU) não pode nem deve ser encarado como um acesso facilitador aos cuidados de saúde para as situações não urgentes, porque na realidade não o é. Ou seja, todo o doente cuja triagem Manchester (triagem por prioridade clínica) o categoriza como sendo “Pouco urgente” (cor verde), “Não urgente” (cor azul) e “Branco” (parametrizado para identificar “Outras situações”), tem um tempo de espera desejável até à primeira observação médica elevado, logo a definição de SU com atendimento rápido não se aplica nestes casos.

Tabela 4 - Triage Manchester

TRIAGEM MANCHESTER		
COR	SITUAÇÃO	TEMPO DE ESPERA
Vermelho	Emergente	0 minutos
Laranja	Muito Urgente	Até 10 minutos
Amarelo	Urgente	Até 60 minutos
Verde	Pouco Urgente	Até 120 minutos
Azul	Não Urgente	Até 240 minutos
Branco	Outras situações	Não definido

Quanto à utilização dos cuidados hospitalares, constata-se que a maior utilização ocorreu nos serviços de urgência, onde os atendimentos cresceram 20% face a 2008. As consultas hospitalares registaram um acréscimo de 3,6%. A razão entre o número de consultas hospitalares e os episódios de urgência hospitalar diminuiu de 1,4 para 1,2, principalmente pelo aumento dos atendimentos realizados nos serviços de urgência do Distrito, como se pode constatar da tabela seguinte:

Tabela 5 – Movimento Hospitalar

	2008	2009	$\Delta\%(2009/2008)$
Episódios de Urgência	136.595	164.333	20%
Consultas Hospitalares	187.585	194.275	3,6%
Razão C. Hospitalar/Urgências	1,4	1,2	

Fonte: Sistema Informático SONHO

Efectivamente, registou-se um acréscimo de 29,93% das primeiras consultas hospitalares e uma redução de 6,95% das consultas subsequentes, traduzindo significativos ganhos de acessibilidade, sem reflexos nos problemas que abordamos, no nosso contexto geográfico. É este tipo de situação que incentiva cada vez mais a reforma dos CSP e o desenvolvimento de redes alargadas de cuidados de saúde, isto é, a criação de ULS. A implementação das ULS tem como ponto fulcral ligar um hospital e vários centros de saúde com base na proximidade geográfica e na existência de especialidades, incluindo um SU.

A Rede Nacional dos Serviços de Urgência é composta pelos Serviços de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de

Urgência Básica (SUB). Esta hierarquização dos serviços de urgência corresponde a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas. Um SUP corresponde ao nível mais diferenciado de resposta à situação urgência/emergência, incorporando as especialidades médicas e cirúrgicas altamente diferenciadas como a gastroenterologia, a neurologia, etc, sendo típico dos grandes centros urbanos. Um SUMC, habitualmente existente nas capitais de Distrito, é o segundo nível de atendimento das situações de urgência, integrando especialidades médicas e cirúrgicas, carecendo apenas das especialidades altamente diferenciadas. Por último, um SUB corresponde ao primeiro nível de atendimento a situações de urgência, com cariz médico (não cirúrgico), permitindo o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações (é o caso de Monção e de Ponte de Lima). Decorrente do processo de requalificação das urgências, o Distrito de Viana do Castelo foi dotado com dois SUB, um criado de raiz, em Monção e outro que transitou de SAP para SUB, em Ponte de Lima. É conveniente referir que os SAP existentes não pertencem à rede de urgência, ao contrário do que é comumente afirmado. O papel do SAP, tal como o da Consulta Aberta, é assegurar o acesso à consulta de cuidados primários para quem não consegue obter durante o horário normal, por falta de vaga no médico de família. Complementarmente, permite o encaminhamento para um serviço de urgência, quando a situação o justifique. De referir que, no Distrito de Viana do Castelo, os SAP foram encerrados dando lugar às Consultas Abertas. O objectivo desta rede articulada de serviços é atenuar a procura excessiva dos serviços de urgência em situações clínicas de menor gravidade, utilizando-se para o efeito os SUB. Com a criação das ULS, o Governo pretendeu contribuir para uma melhor articulação entre CS e hospitais, potenciando uma gestão de recursos mais eficiente e minorando, desta forma, o tradicional “divórcio” entre CSP e cuidados diferenciados (hospitalares). Neste âmbito, a procura de cuidados diferenciados, quando a gravidade do estado de saúde não os justifica, e a correspondente resposta aos utentes, implica uma sobrecarga económica e humana para as instituições. Assim, a articulação do Clínico Geral e dos CSP com os especialistas e hospitais torna-se fundamental. Deste modo, a questão da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde é actual e pertinente e, obviamente, um episódio de urgência tem custos operacionais de maior dimensão que uma consulta

programada, à excepção do CS de Monção, como é possível constatar na tabela seguinte:

Tabela 6 - Custos Operacionais

Urgência	C. Operacionais*	Consulta	C. Operacionais*
SUMC Viana	133,01€	Hospitalar Viana	68,80€
SUB Monção	58,25€	C.S. Monção	72,42€
SUB Ponte de Lima	92,10€	C.S. Ponte Lima	47,35€
		Hospitalar Ponte de Lima	81,62€
*Dados da Contabilidade Analítica da ULSAM (1.ºSem./2010)			

Segundo Ribeiro (2009), a rede de urgências constitui um sobrecusto para o SNS, devido à escassa oferta de cuidados primários.

1.4. PERTINÊNCIA DO TEMA

O Distrito de Viana do Castelo foi um potencial alvo das reformas da anterior legislatura. Para além da reestruturação dos serviços de urgência foram também criadas USF, na esteira do que já antes referimos. É aqui que gravita a génese do nosso problema de investigação. Estando o Distrito de Viana do Castelo dotado de mais e melhores estruturas de saúde, continuam a aumentar os fluxos em todos os Serviços de Urgência.

Assim, após reflexão sobre o tema a desenvolver neste estudo, decidimos debruçar-nos sobre os factores determinantes da procura dos serviços de urgência básica de Monção e de Ponte de Lima, e da urgência médico-cirúrgica de Viana do Castelo, pelo facto de ser um tema pouco explorado no âmbito da ULS do Alto Minho.

Embora se fale em integração, cooperação e pró actividade entre as diferentes estruturas de cuidados de saúde, primários e hospitalares, do Distrito de Viana do Castelo, constata-se uma grande afluência de utentes, sem critério de gravidade, aos Serviços de Urgência.

Neste sentido, analisar o que provoca o actual fluxo desordenado de doentes aos serviços de urgência, uma parte significativa dos quais com problemas não urgentes (triados com cor verde, azul e branco), parece ter importância substantiva para discussão, podendo contribuir para a melhoria do atendimento das situações de cariz verdadeiramente urgente, ou emergente, e para uma melhor compreensão das variáveis que influenciam a procura dos serviços de urgência. De acordo com os dados referentes ao ano de 2009 (período de 24 horas), constata-se que o SUB de Monção é aquele que tem uma maior afluência de doentes triados com cor verde, azul e branco (63,94%), seguido do SUB de Ponte de Lima (52, 05%) e do SUMC de Viana (31,47%):

Tabela 7 - Episódios de Urgência/Prioridade Clínica - SUMC Viana

Ano 2009	Total de Episódios	Verde	Azul	Branco	Total (Azul, Verde, Branco)
SUMC - Viana	68.417	18.719	204	2.607	21.530
Peso relativo	100%	27,36%	0,3%	3,81%	31,47%

Fontes: * “SONHO”; “ALERT”

Tabela 8 - Episódios de Urgência/Prioridade Clínica - SUB Ponte de Lima

Ano 2009	Total de Episódios	Verde	Azul	Branco	Total (Azul, Verde, Branco)
SUB – Ponte de Lima	37.968	18.965	130	665	19.760
Peso relativo	100%	49,95%	0,34%	1,75%	52,05%

Fontes: * “SONHO” ; “ALERT”

Tabela 9 - Episódios de Urgência/Prioridade Clínica - SUB Monção

Ano 2009	Total de Episódios	Verde	Azul	Branco	Total (Azul, Verde, Branco)
SUB – Monção	27.627	15.819	670	1.177	17.666
Peso relativo	100%	57,26%	2,43%	4,26%	63,94%

Fontes: * “SONHO” ; “ALERT”

De salientar que, no SUB de Monção, criado para atender os habitantes dos concelhos de Monção, Melgaço e Valença, e em funcionamento desde Outubro de 2008, foram atendidos mais utentes do concelho de Monção do que a população residente neste mesmo concelho, em 2009. Inversamente, e no mesmo período de tempo, a procura

pelos habitantes dos concelhos de Melgaço e Valença foi residual parecendo-nos, assim, que a proximidade determina a procura.

Tabela 10 – Doentes atendidos no SUB de Monção

Concelho	N.º Doentes Atendidos no SUB Monção* (01/01/2009 a 31/12/2009)	População Residente**	% da Procura
Monção	24.349	19.738	123%
Melgaço	675	9.579	7%
Valença	619	14.324	4%

Fontes: * “SONHO” ** Estimativa Intercensitária da População Residente 2006 – INE

Paralelamente, aproximadamente 70 em cada 100 habitantes do Concelho de Ponte de Lima procuram o SUB de Ponte de Lima, sendo residual a procura dos concelhos limítrofes: Arcos de Valdevez, Ponte da Barca e Paredes de Coura.

Tabela 11 – Doentes atendidos no SUB de Ponte de Lima

Concelho	N.º Doentes Atendidos no SUB de Ponte de Lima* (01/01/2009 a 31/12/2009)	População Residente**	% da Procura
Ponte de Lima	30.500	44.667	68%
Arcos de Valdevez	3.218	24.466	13%
Paredes de Coura	633	9.367	6,8%
Ponte da Barca	1.640	13.041	12,6%

Fontes: * “SONHO” ** Estimativa Intercensitária da População Residente 2006 – INE

Relativamente ao SUMC do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, a procura proveniente dos concelhos de Viana e Caminha é na ordem dos 43% e 34%, respectivamente, começando a diminuir na exacta medida em que nos afastamos para o interior do Distrito.

Tabela 12 – Doentes atendidos no SUMC de Viana do Castelo

Concelhos	N.º Doentes Atendidos no SUMC de Viana * (01/01/2009 a 31/12/2009)	População Residente**	% da Procura
Viana do Castelo	38.812	91.238	42,54%
Caminha	5.752	16.839	34,16%
V.N.Cerveira	2.364	8.752	27,01%
Ponte da Barca	1.932	13.041	14,81%
Valença	2.110	14.324	14,73%
Melgaço	1.401	9.579	14,63%
Monção	2.627	19.738	13,31%
Paredes de Coura	1.177	9.367	12,57%
Arcos de Valdevez	2.945	24.466	12,04%
Ponte de Lima	4.414	44.667	9,88%

Fontes: * “SONHO” ** Censos 2001

É neste contexto que se torna importante conhecer a procura dos cuidados de saúde, bem como os factores a ela inerentes, ou seja, a sua tipologia, as características e expectativas dos utentes, os padrões de utilização dos serviços de saúde, designadamente, saber como o doente percepciona a gravidade do seu próprio estado de saúde, conhecer o nível de satisfação dos utentes com os serviços de saúde (CS e SU), saber se o acesso a meios complementares de diagnóstico, via SU, é um factor importante para o utente, etc, o que pode condicionar a escolha do local de atendimento, nomeadamente a procura, em primeira linha, por serviços de saúde especializados (hospitales).

Esta procura de conhecimento pretende-se que contribua para a melhoria da organização/reestruturação dos serviços de saúde em função das necessidades das populações. Seguramente, será uma oportunidade para pesquisar mais sobre as características da procura de cuidados de saúde, cujos resultados poderão contribuir para a criação de mais-valias para o desenvolvimento e melhoria da organização e reestruturação dos serviços de cuidados de saúde, a oferecer à população do Distrito de Viana do Castelo. Através dos dados disponíveis, procura-se comparar os pressupostos

utilizados na reforma dos cuidados de saúde primários e na requalificação dos serviços de urgência, e os resultados práticos.

1.5. OBJECTIVOS

A formulação dos objectivos deste trabalho de investigação, para além de ter como finalidade a coadjuvação na planificação do estudo, é a base da investigação. Assim, os principais objectivos deste trabalho de investigação são os seguintes:

- Identificar as variáveis que determinam a procura de cuidados de saúde, no Distrito de Viana do Castelo;
- Perceber o porquê de as pessoas de Monção e de Ponte de Lima escolherem o serviço de urgência, em detrimento da rede de cuidados de saúde primários, dada a proximidade de ambas as estruturas;
- Avaliar o nível de acessibilidade das populações das freguesias limítrofes do concelho de Viana do Castelo aos serviços de urgência;
- Avaliar o nível de satisfação/insatisfação em relação ao atendimento, em geral, nos serviços de Cuidados de Saúde Primários;
- Avaliar o nível de satisfação/insatisfação em relação ao atendimento, em geral, nos serviços de urgência;
- Determinar se a proximidade influencia a procura.

1.6. SÍNTESE DA LITERATURA

Dada a natureza empírica deste trabalho de investigação, e tratando-se de um estudo focalizado num contexto geográfico específico, não encontramos literatura sobre o assunto. Apresentamos de seguida uma síntese da literatura sobre Cuidados de Saúde Primários, utilização dos Serviços de Urgência e Acessibilidade aos Cuidados de Saúde em geral.

Neste contexto, e como descreveremos, encontrámos alguns artigos cuja abordagem ao tema do trabalho de investigação não apresenta genericamente muitas discrepâncias, relativamente à realidade do Distrito de Viana do Castelo (cf. Quadro 1).

Vários artigos internacionais têm sido publicados sobre os CSP e sobre o que podemos aprender com os doentes.

Nos EUA, e até meados do século XX, o médico generalista era o médico mais comum. Estava disponível 24 horas por dia, sendo considerado o ícone da sua comunidade e amigo dos seus doentes. Com a crescente especialização da medicina (sucesso clínico da medicina científica) e o papel mais abrangente do sistema de cuidados de saúde, o papel e a definição de médico generalista foi sofrendo alterações. Deste modo, e em reacção à tendência para a especialização, em 1960 o termo “Cuidados Primários” começou a ser utilizado para evidenciar um novo tipo de médico generalista. Este médico iria desempenhar funções importantes como o primeiro contacto com o doente necessitado de cuidados de saúde, o “advogado” e intermediário especializado entre o doente e o sistema de saúde cada vez mais complexo.

Vários autores tentaram analisar o futuro dos Cuidados de Saúde Primários (Moore et al., 2003) chegando à conclusão que esta definição de “Cuidados Primários” se baseou numa estrutura conceptual idealística que não combinava nem com a realidade das organizações de cuidados de saúde e de financiamento americanas, nem com as preferências dos doentes e médicos. Apontaram, assim, como ameaças aos CSP: i) a crescente fragmentação e competição da medicina (crescimento da medicina alternativa e das farmácias que prestam serviços consultivos aos doentes, bem como uma clara desvantagem dos clínicos de cuidados primários face aos médicos especialistas); ii) as mudanças das preferências do consumidor (declínio da relação Doente/Médico de Família, doentes mais informados e determinados a tomarem o controlo dos seus cuidados de saúde); iii) o advento de novos modelos de cuidados de saúde (baixo desempenho dos cuidados médicos tradicionais para situações crónicas); iv) as mudanças adversas nos sistemas de pagamento (com o aumento dos co-pagamentos das seguradoras os doentes pagam mais, diminuindo a sua dependência face aos cuidados primários); v) o aparecimento de novas sub-especialidades de cuidados primários (o modelo hospitalar quebra a continuidade dos cuidados e tem condições de trabalho mais atractivas); vi) o surgimento de novos paradigmas para a distribuição dos cuidados de saúde (doentes com acesso a sistemas avançados de informação interagem com o sistema de saúde).

Concluem dizendo que os cuidados primários têm capacidades centrais importantes que são vitais para os doentes e que não se encontram nos médicos especialistas. Como nota final, chamam a atenção para a necessidade de redefinição e focalização dos cuidados primários para os doentes, pagadores e profissionais.

Enquanto isso, Safran (2003), perspectivando igualmente o futuro dos CSP, dá uma maior atenção à relação dos Cuidados Primários com os doentes, concluindo que os cuidados de saúde primários baseiam-se numa relação permanente entre o doente e o médico. Refere, ainda, que os cuidados de saúde primários se diferenciam dos cuidados de saúde especializados por atenderem o indivíduo como um todo, ou seja, tendo em conta o contexto da sua história pessoal e médica, relacionamento interpessoal e circunstâncias da vida. Após um estudo efectuado nos E.U.A. (1996 – 2000), constatou que a maioria dos americanos (mais de 75%) tem um médico que considera ser o seu médico de família. No entanto, apesar das relações entre ambos serem duradouras, os americanos dizem estar insatisfeitos com os CSP, e que a qualidade das relações entre ambos tem-se desgastado ao longo dos anos, principalmente no que diz respeito à prestação de cuidados ao indivíduo como um todo (valores, crenças, circunstâncias de vida) de forma orientada, integrada e baseada em parcerias médico-doente. Nos E.U.A. os cuidados primários podem ser prestados por um médico ou por uma equipa de prestação de cuidados, no sentido de “parceria sustentável”. Apesar de haver um esforço na implementação de tais equipas, o sistema de saúde americano está longe de cumprir os critérios de definição de cuidados primários através de equipas, pois não satisfazem os critérios de “parcerias sustentadas”. As parcerias sustentadas implicam o conhecimento sobre o indivíduo como um todo e a coordenação entre o médico de família e os outros médicos, assistentes médicos e enfermeiros. As equipas prestadoras de cuidados de saúde estão conotadas com uma relação com objectivos comuns e responsabilidades e visam garantir a cobertura dos cuidados de saúde durante 24 horas. No entanto, as expectativas e preferências dos doentes não abriram espaço para tais equipas, pois olham para a experiência das equipas de prestação de cuidados como algo que falta em vez de algo adquirido. No entanto, a utilização das equipas de cuidados primários tem contribuído principalmente para a garantia do acesso. Mas a acessibilidade é apenas um dos critérios que definem os CSP: é necessário melhorar o desempenho dos cuidados primários, no seu todo. Evidências empíricas consideráveis

associam o desempenho das equipas a melhores resultados dos cuidados de saúde e à redução de custos. Refere ainda que, numa população onde o aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas graves é visível, o potencial de equipas de cuidados primários para melhorar os cuidados de saúde é cada vez mais importante.

O autor conclui que, para garantir o sucesso dos cuidados primários orientados e integrados para a pessoa como um todo e baseados em parcerias sustentadas é necessário informar as pessoas sobre o papel e as responsabilidades das equipas. Acredita ainda que existem três elementos essenciais para garantir o futuro dos cuidados primários: i) adaptar o funcionamento das equipas de cuidados primários de modo a se tornarem visíveis, significativas e valorizadas do ponto de vista do doente; ii) formalização das parcerias sustentadas com objectivos comuns, papéis e responsabilidades; iii) integração dos cuidados face às barreiras existentes (desalinhamento dos incentivos financeiros, sistemas de informação em desenvolvimento, normas estabelecidas, cultura organizacional).

No que concerne à utilização dos “*Emergency Departments*” (EDs) (equiparados aos serviços de urgência) vários estudos têm sido realizados, não diferenciando muito uns dos outros. Existem estudos que se debruçam sobre como os doentes percebem a gravidade do seu estado de saúde, outros analisam a utilização dos EDs à luz do Modelo Comportamental de Andersen & Newman (1973), outros procuram perceber quais as razões que levam os doentes em situação não urgente a procurarem os EDs em vez dos prestadores de cuidados de saúde primários, outros tentam avaliar a proporção de doentes que utilizam os EDs como fonte regular de cuidados.

Relativamente à forma como os doentes percebem o seu estado de saúde quando recorrem aos EDs, Gill e Riley (1996) procuram analisar a urgência na perspectiva do doente. Isto é, determinar se os doentes que não têm um acompanhamento regular de cuidados de saúde são mais propensos a utilizar os EDs para a resolução de problemas de saúde que eles percebem como não urgentes, e as razões que os levam a escolher os EDs para a obtenção de cuidados de saúde. Chegaram à conclusão que 82% dos doentes perceberam a sua situação clínica como urgente e que esta percentagem não estava associada à falta de acompanhamento regular de cuidados médicos. Concluem ainda que, se simplesmente se oferecer um acompanhamento regular de cuidados médicos, sem haver um esforço complementar na gestão da utilização e garantia do acesso

adequado aos cuidados primários, é pouco provável que tal tenha um impacto significativo na utilização dos EDs em situações não urgentes. A razão mais comumente apontada para a procura dos EDs foi a “Oportunidade”.

Em 2003, Northington et.al, concluíram que uma grande proporção de doentes que afirmaram procurar, habitualmente, o seu prestador de cuidados de primários acabaram por ir ao ED, apontando como principais razões o acreditarem receberem melhores cuidados de saúde, a percepção sobre a urgência do seu estado de saúde e o atendimento imediato.

Num estudo realizado no Hospital Geral de San Francisco (EUA), com o intuito de analisar os cuidados primários e a sobrelotação dos EDs, bem como a aceitabilidade clínica e ética da referenciação dos doentes à espera de atendimento nos EDs para os cuidados de saúde primários, Grumbach et.al (1993) constataram que: i) 45% dos doentes referiram existir barreiras de acesso aos CSP; ii) 13% dos doentes à espera de atendimento nos EDs tinham condições clínicas apropriadas para a sua utilização; iii) 38% dos doentes manifestaram vontade em trocar o atendimento nos EDs pelo atendimento numa consulta de cuidados primários, num prazo de 3 dias.

No final do estudo, chegaram à conclusão que os doentes com uma fonte regular de cuidados de saúde eram os que utilizavam de forma mais adequada os EDs, comparativamente aos que não tinham essa fonte de cuidados, e que o padrão de utilização dos EDs era mais proeminente entre os doentes de baixo rendimento, raça negra, desempregados, sem seguro de saúde e sem fonte regular de cuidados. Acabam por sugerir o reforço da disponibilidade e coordenação dos serviços de cuidados de saúde de forma aos EDs poderem referenciar grande parte dos doentes para as consultas dos CSP, denunciando políticas que negam aos doentes cuidados nos EDs, ou explicitamente através de critérios de recusa, ou implicitamente através de longos tempos de espera, sem garantia de acesso a fonte alternativa de cuidados. Nesta linha de investigação, de la Fuente et al. (2005), analisaram a relação entre as séries cronológicas dos atendimentos urgentes nos CS e no “*hospital accident*” e “*emergency departments*”. Constataram que os atendimentos aumentaram, quer no “*hospital accident*” e “*emergency departmentents*”, quer nos CS, sendo este aumento mais acentuado nos CS, e que os serviços de urgência nos CS não substituem as consultas no “*hospital accident*” e “*emergency departments*”. Verificaram que alguns dos factores determinantes do

aumento da utilização do “*hospital accident*” e “*emergency departments*” foram: i) maior esperança de vida; ii) envelhecimento progressivo da população; iii) aumento da doença crónica; iv) baixo nível de assistência social e educação em saúde e a presença relevante de pobres marginalizados.

Face aos resultados da investigação, concluíram que a política de melhorar o acesso geográfico, o alargamento do horário de atendimento e o aumento dos recursos humanos e técnicos, para o atendimento de pessoas sem CSP, não foi eficaz na redução dos atendimentos no “*hospital accident*” e “*emergency departments*”. Referem por último que, dependendo do modelo organizacional, a melhoria no acesso pode ter efeitos negativos se a continuidade dos cuidados for realizada por médico substituto em vez do médico de família habitual, existindo dúvidas quanto às estratégias implementadas para diminuir a utilização dos hospitais e serviços de urgência a médio e longo prazo.

Em Itália, na província de Catanzaro, Bianco et al. (2003) procuraram determinar a dimensão dos atendimentos não urgentes nos serviços de urgência e os efeitos das diferentes características dos doentes atendidos. Verificaram o seguinte: i) 84,1% dos doentes foram ao serviço de urgência por iniciativa própria ou levados por um familiar/acompanhante; ii) 91% dos doentes não urgentes acreditavam estar numa situação clínica urgente, tendo sido este tipo de atendimento associado à idade e distância entre o domicílio e o hospital.

Estes autores chamam a atenção para o facto de os serviços de urgência estarem abertos 24 horas/dia enquanto os serviços de cuidados primários estão abertos 32 horas/semana. Chegaram assim à conclusão que, apesar da existência de médicos generalistas, os serviços de urgência eram utilizados como fonte regular de cuidados primários, sendo os atendimentos não urgentes mais elevados nos doentes que não foram referenciados pelo médico dos cuidados primários.

Dada a escassa informação disponível em Itália, resolveram comparar pesquisas internacionais, e chegaram à conclusão que a heterogeneidade de resultados entre países dificulta a definição de atendimento não urgente nos serviços de urgência (27% na Suécia; 29% em França; 29,6% em Espanha; 40% a 50% na Austrália; 66,8% na Califórnia e 87% em San Francisco) e que as diferenças culturais e organizacionais entre diferentes sistemas de saúde dificultam qualquer análise comparativa. Terminam o

estudo sugerindo que é necessário reavaliar a organização dos cuidados primários, principalmente em relação ao acesso, e que a cooperação entre cuidados primários e hospitalares pode contribuir para a redução dos atendimentos inadequados nas urgências hospitalares.

Um estudo realizado em França (Grupo Hospitalar Pitié-Sapétrière - Paris e Centro Hospitalar Universitário de Besançon) por Lang et al. (1996), teve como objectivo avaliar a proporção de doentes que afirmaram usar o ED como fonte regular de cuidados de saúde e descrever os factores sócio-demográficos e o estado da saúde da população. Relativamente às fontes de cuidados utilizadas em situações não urgentes foram enunciadas as seguintes: i) médico de medicina geral (médico de família); ii) médico especialista; iii) serviço de urgência ou outro serviço de ambulatório.

As condições de habitabilidade também foram consideradas tendo sido classificadas como estáveis, precárias, sem abrigo e instituições para pessoas idosas, segundo a classificação do Instituto Nacional de Estatística e de Estudos Económicos francês. Os resultados do estudo foram os seguintes: i) em Paris, 14,1% (84) dos 594 doentes, em oposição aos 3,3% dos 614 doentes em Besançon, utilizaram o departamento de emergência como fonte regular de cuidados de saúde primário; ii) 85,9% utilizaram como fonte regular de cuidados outros serviços de saúde. Estes 84 doentes foram caracterizados como sendo doentes mais jovens, com nacionalidade estrangeira, do sexo masculino, desempregados, com baixo nível de escolaridade, a viver sozinhos, com um fraco seguro nacional de saúde, cujas condições de habitabilidade eram precárias e sem apoio social. Estes doentes raramente eram referenciados pelo seu clínico geral, auto-referenciando-se na maior parte das vezes. Apesar de não haver uma grande diferenciação entre os motivos que os levaram a procurar o departamento de emergência, os desequilíbrios mentais são os mais frequentes. Relativamente ao estado de saúde, a proporção dos indivíduos que responderam sofrer de uma doença crónica e que utilizaram o departamento de emergência (41,6%) não é significativamente diferente daqueles que recorreram a outras fontes de cuidados (39,1%). Constataram ainda que 68% destes indivíduos nunca leu revistas de saúde, em comparação com 31% nos indivíduos que utilizaram outros serviços de saúde. Estes dados foram comparados com os de um outro estudo semelhante realizado em Los Angeles, em que 16% dos doentes declaravam, igualmente, utilizar os departamentos de emergência como fonte

regular de cuidados de saúde. Esta semelhança foi inesperada dadas as diferenças substancialmente significativas entre os diferentes sistemas de saúde. No entanto, em outras abordagens a esta problemática, estimava-se que em Paris a prevalência de atendimentos não urgentes seria de 35%, percentagem muito próxima da verificada em Londres (41%) e de 37% a 87% nos EUA. Isto pode querer significar que, apesar das diferenças que possam existir entre as organizações de saúde, torna-se evidente que os cuidados de saúde primários fornecidos pelos departamentos de emergência são uma realidade que deve ser tida em consideração.

Ainda no âmbito deste estudo, colocaram a hipótese de se tratar de um fenómeno associado às grandes cidades, uma vez que os testemunhos pessoais sobre a utilização dos departamentos de emergência foram mais frequentes em Paris do que em cidades mais pequenas, tal como aconteceu noutros países. No entanto, não conseguiram estabelecer essa relação porque, apesar da existência de um sistema de seguro de saúde obrigatório (Sistema Bismarckiano) em França, a caracterização da população que disse utilizar regularmente os departamentos de emergência como fonte de cuidados primários era muito idêntica à que foi analisada em outros estudos europeus, e também nos EUA, cujo sistema de financiamento de cuidados de saúde era o sistema de seguro privado. Outra coincidência apontada foi o facto de os departamentos de emergência (França e EUA) atenderem doentes de comunidades mais pobres e comunidades negras, sendo também considerados como utilizadores abusadores, em alguns estudos.

Analizadas todas as variáveis em estudo, incluindo o consumo de álcool, tabaco, hipertensão, entre outros, a falta de fontes regulares de saúde e a necessidade de prevenção para estes doentes, descrevem uma situação de necessidade de continuidade dos cuidados prestados. No entanto, os doentes utilizaram os departamentos de emergência, que por definição, estão organizados para dar resposta a situações graves e urgentes. Chegaram assim à conclusão que apesar de os sistemas de saúde serem diferentes, os problemas de acesso aos cuidados primários são idênticos. Do ponto de vista da saúde pública, consideraram que estes doentes não deveriam ser considerados “abusadores”, pois as suas necessidades demonstraram ser reais, necessitando de cuidados de saúde de forma contínua, tarefa para a qual os departamentos de emergência não estão vocacionados. A não utilização dos cuidados primários antes ou como alternativa aos departamentos de emergência foi observada repetidamente.

Segundo os autores, os resultados sugerem a necessidade de avaliar com precisão como é que os cuidados de saúde primários podem ser mais utilizados pelos grupos de doentes descritos. Os resultados da maior acessibilidade aos cuidados de saúde primários, particularmente, em termos de horários, bem como em termos financeiros, deveriam ser avaliados. Alternativamente, a disponibilidade dos cuidados primários nos departamentos de emergência, providenciando a continuidade de cuidados, fora do horário laboral, deveria ser ponderada.

Afilalo et.al, (2004) procuraram comparar as situações clínicas não urgentes com as situações clínicas urgentes e semi-urgentes, nos EDs. Analisaram a procura dos serviços de saúde através do Modelo Comportamental de Andersen e Newman (1973), chegando à conclusão que os doentes não urgentes eram mais jovens que os doentes urgentes e semi-urgentes e que tinham maior predisposição para a utilização dos serviços de urgência. Identificaram como factores facilitadores: i) nível de rendimento; ii) seguro de saúde; iii) gratuidade; iv) acesso, distância e disponibilidade do serviço.

Por último, constataram que os doentes não urgentes tinham uma menor percepção da gravidade da doença (factores relativos às necessidades). Assim, as razões da escolha pelo serviço de urgência foram: i) acessibilidade (32%); ii) percepção da necessidade (22%); iii) encaminhamento/acompanhamento para o serviço SU (20%); iv) familiaridade com o SU (11%); v) necessidade e confiança (7%); vi) nenhuma razão apontada (7%).

Como se constata em outros estudos, na Holanda, Grã-Bretanha e Suécia quase todos os cidadãos têm cuidados de saúde primários, mas 46% procuram os serviços de urgência em situações não urgentes.

Muito embora não sendo o Sistema de Saúde Português idêntico ao Americano, encontramos ainda alguns artigos relativos aos EUA que são relevantes para a realidade nacional. Num destes estudos, autores procuram determinar se a utilização do ED pelos doentes da Medicaid estaria associada às características dos cuidados primários (Lowe et.al, 2005). Chegaram à conclusão que os doentes com baixo nível de rendimento (cobertos pela Medicaid) utilizam com mais frequência os EDs e que a existência de equipamentos para tratamento de asma, bem como a presença de médicos assistentes, incentivam a utilização dos EDs. Constatam também que as características dos cuidados

primários estão associadas à utilização dos serviços de urgência e que a melhoria do acesso aos CSP poderá reduzir a utilização dos EDs.

Orsay e Stewart, do Departamento de Emergência de Chicago, publicaram em 1999 um artigo sobre a gestão dos cuidados de saúde e o uso dos Serviços de Emergência Médica (EMS), nos EUA. Procuraram entender até que ponto as recomendações da HMO (Health Maintenance Organization), referentes à activação dos Serviços de Emergência Médica e à procura dos cuidados de emergência médica, encorajam ou desencorajam a utilização do n.º 911 (equivalente ao 112 – Número Nacional de Emergência) e se introduzem desincentivos financeiros para o uso dos serviços de emergência médica. Referem que vários estudos se têm debruçado sobre as razões que levam os doentes a escolherem os EMS em vez de outras fontes de cuidados de saúde. As razões parecem diferir bastante e variar entre a conveniência e a real urgência do estado de saúde dos doentes. Este artigo focaliza a sua atenção para a vertente educativa, isto é, analisa até que ponto toda a informação prestada nas brochuras da HMO é entendida por todos e se não deixa algumas definições e questões abertas a várias interpretações. Estes autores dizem que a eficácia da informação (escrita) para educar os pacientes sobre a utilização adequada dos Departamentos de Emergência (ED) é desconhecida, defendem que a comunicação da informação pertinente deve ser melhorada e introduzida no sistema de cuidados de saúde, de modo a melhor informar os utentes sobre o uso adequado do sistema. Defendem ainda que as organizações de gestão de cuidados de saúde não irão reduzir o uso inapropriado dos ED se os doentes não tiverem consciência das suas responsabilidades e se não conhecerem os diversos prestadores de cuidados primários, ou quando aceder a eles. Para além disso, a responsabilidade dos prestadores de cuidados primários para com os doentes tem de ser melhorada. Por último, defendem uma atitude proactiva da equipa médica de emergência na elaboração de *guidelines* para o uso apropriado dos serviços de emergência, e entendem que a divulgação da informação aos prestadores dos cuidados de saúde e organizações beneficia quer os doentes, quer os médicos dos cuidados primários e os médicos dos serviços de emergência.

Da leitura dos artigos “Emergency Severity Index” e “Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale”, relativos a alguns sistemas de triagem existentes nos EDs, chegamos à conclusão que os resultados destes sistemas não são diferentes entre si.

Da síntese da literatura realizada, verificamos diferenças sistémicas e estruturais (diferentes sistemas de financiamento, papel desempenhado pelo MF (*gatekeeping*), a continuidade dos cuidados, dimensão das instalações onde os cuidados são prestados, entre outras) que, associadas às diferenças culturais, parecem influenciar as expectativas dos doentes. Contudo, podemos constatar que os problemas que encontramos no Distrito de Viana do Castelo sobre o fluxo de doentes aos serviços de urgência não são muito diferentes dos encontrados noutros países.

O excesso de ocupação dos serviços de urgência com situações clínicas não graves, algumas dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, em geral, e os longos tempos de espera são dos principais problemas apontados.

Quadro I - Síntese da revisão da literatura

Autor(es)	Ano	Objectivo(s)	Local de Realização do Estudo	Método	Resultados
Dana Gelb Safran	2003	- Analisar a relação dos Cuidados Primários com os doentes; - Perspectivar o futuro dos Cuidados Primários na perspectiva dos doentes.	EUA	Inquérito	- Apesar de 75% dos americanos terem uma relação duradoura com o médico de família, dizem-se insatisfeitos; - Enfoque na importância da informação às pessoas sobre o papel e a responsabilidade das equipas dos Cuidados Primários.
Jonathan Afilalo, Adrian Marinovich, et.al.	2004	- Comparar as situações clínicas não urgentes com as situações clínicas urgentes e semi-urgentes, nos EDs; - Descrever as razões que levam os doentes em situação clínica não urgente a não procurarem os cuidados de saúde primários.	Canadá	Inquérito	- Razões da escolha pelo Serviço de Urgência: acessibilidade (32%); percepção da necessidade (22%); encaminhamento para o serviço de urgência (20%); familiaridade com o serviço de urgência (11%); necessidade; confiança (7%); nenhuma razão apontada (7%).
Gordon Moore, et.al	2003	- Analisar o futuro dos Cuidados de Saúde Primários.	EUA	Revisão Literatura	- Em resposta à mudança de mercado, incerteza política e desvio das expectativas dos consumidores, os cuidados primários terão de se auto-reconstruir; - Ameaças aos cuidados de saúde primários: (1) Crescente fragmentação e competição da medicina; (2) Mudanças das preferências do consumidor; (3) Advento de novos modelos cuidados de saúde; (4) Mudanças

					adversas nos sistemas de pagamento; (5) Aparecimento de novas sub-especialidades de cuidados primários; (6) Novos paradigmas para a distribuição dos cuidados de saúde; - Necessidade de redefinição e focalização dos cuidados primários para os doentes, pagadores e profissionais.
Gill JM, Riley AW	1996	- Determinar se os doentes que não têm acompanhamento regular de cuidados médicos têm maior propensão para a utilização dos departamentos de emergência hospitalar (Serviço de Urgência); - Analisar as razões para a escolha do serviço de urgência.	EUA	Inquérito	- 82% dos doentes avaliam a sua situação clínica como urgente e esta percentagem não foi associada à falta de acompanhamento regular de cuidados médicos; - Razão mais comum apontada para a procura do serviço de urgência foi a Oportunidade.
William E. Northington et.al.	2003	- Determinar se os doentes que procuram o SU, em situação clínica não urgente, têm prestador de cuidados primários ou se conhecem outros prestadores de cuidados de saúde; - Determinar as razões porque os doentes optam por utilizar o SU.	EUA (Carolina do Norte)	Inquérito	- Uma grande proporção de doentes que afirmaram procurar habitualmente o seu prestador de cuidados primários, acabaram por ir ao SU; - As principais razões para a escolha do SU: (1) acreditarem receberem melhores cuidados de saúde; (2) a percepção sobre a urgência do seu estado de saúde; (3) o atendimento imediato.
Andrew Worster, et.al.	2003	- Comparar o grau de fiabilidade do Emergency Severity Index (ESI) e do Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).	EUA	Observação dos resultados da triagem	- Os resultados de triagem, após estudo, não diferem se os enfermeiros utilizarem o ESI ou o CTAS.
Tanabe P. Gimbel R., et.al.	2004	- Analisar o verdadeiro nível de triagem.	EUA	Observação dos resultados da triagem	- A classificação do ESI atribuído pelos enfermeiros tem um grau de confiança excelente inter-observador e prevê o internamento hospitalar
Robert A. Lowe, et.al	2005	- Determinar se a utilização do Departamento de Emergência pelos doentes da Medicaid está associada às características dos cuidados primários.	EUA	Trabalho de Investigação	- Os doentes da Medicaid utilizam com mais frequência o SU; - As características dos cuidados primários estão associadas à utilização dos SU; - A melhoria do acesso dos cuidados primários poderá reduzir a utilização dos SU; - A focalização nos sistemas em

					vez das características dos doentes pode ser uma estratégia mais produtiva para melhorar a utilização adequada dos SU.
Kevin Grumbach, et.al.	1993	- Avaliar se a referência dos doentes para os CSP seria clinicamente apropriada e aceitável para os doentes não urgentes à espera de atendimento no SU.	EUA (Hospital Geral de San Francisco)	Inquérito	- Os doentes com uma fonte regular de cuidados são os que utilizam de forma mais adequada os SU, face aos doentes que não têm essa fonte regular de cuidados; - Os SU poderiam referenciar um grande n.º de doentes para as consultas de cuidados primários, desde que fosse reforçada a disponibilidade e a coordenação dos serviços de cuidados; - Políticas que negam aos doentes cuidados nos SU, ou explicitamente através de critérios de recusa de cuidados, ou implicitamente através de longos tempos de espera, sem garantia de acesso a fonte alternativa de cuidados, são ética e clinicamente inaceitáveis.
D. Oterino de la Fuente, et.al	2005	- Analisar a relação entre os atendimentos urgentes nos centros de saúde e os atendimentos nos Departamentos de Emergência e Acidente Hospitalar de um distrito.	Espanha	Trabalho de Investigação	- A política de melhorar o acesso geográfico, o alargamento do horário de atendimento e o aumento de recursos humanos e técnicos, para as pessoas sem CSP, não foi eficaz na redução dos atendimentos no Departamento de Emergência e Acidente Hospitalar; - Dependendo do modelo organizacional, a melhoria no acesso pode ter efeitos negativos se a continuidade dos cuidados for realizada por um médico substituto e não pelo médico de família habitual; - Existem dúvidas quanto à adequação das estratégias implementadas para diminuir a utilização dos hospitais e SU a médio e longo prazo.
Elizabeth Orsay, Kathryn Stewart	1999	- Analisar se as instruções da HMO (Health Maintenance Organization) encorajam, ou não, a utilização do Serviço de Emergência Médica (EMS) e as razões de escolha pelo EMS.	EUA	Inquérito	- As razões para a escolha dos EMS diferem bastante e variam entre a conveniência e a real urgência do estado de saúde do doente.
Thierry Lang, et.al.	1996	- Avaliar a proporção de doentes não	França (Paris e	Inquérito	- O SU é utilizado para cuidados de saúde primários por alguns

		urgentes que afirmam usar o Departamento de Emergência como fonte regular de cuidados.	Besançon)		grupos da população caracterizados por serem socialmente desfavorecidos, sem fonte habitual de cuidados de saúde e com nível elevado de factores de risco; - Apesar das diferenças entre as organizações de saúde de diferentes países, os cuidados de saúde primários prestados pelos SU são uma realidade; - Apesar dos sistemas de saúde serem diferentes os problemas de acesso aos cuidados primários são idênticos;
A.Bianco, et.al.	2003	- Determinar a dimensão dos atendimentos não urgentes e os efeitos das diferentes características dos doentes atendidos.	Itália (Província de Catanzaro)	Inquérito	- 84,1% dos doentes foram ao serviço de urgência por iniciativa própria ou levados por um familiar/acompanhante; - O atendimento não urgente foi associado à idade do doente e à distância entre a casa do doente e o hospital; - Motivos da escolha pelo SU: 91% dos doentes não urgentes acreditavam estar numa situação clínica urgente; - Chama a atenção para o facto de os Serviços de Urgência estarem abertos 24 horas enquanto os serviços de cuidados primários só estão abertos 32 horas por semana; - Apesar da existência de médicos generalistas, que devem prestar cuidados de saúde primários, o serviço de urgência é utilizado como uma fonte de prestação de cuidados primários.
Kimberly M., et.al.	2000	- Avaliar o conhecimento do paciente sobre os regulamentos da Managed Care Organization (MCO) e sobre a disponibilidade de atendimento alternativo em ambulatório.	EUA	Inquérito	- Poucos doentes estão conscientes da necessidade de pré-autorização da MCO para cuidados de saúde no SU, e quase metade não recebe cuidados alternativos dentro de 24 horas; - Falta de informação entre os doentes, MCO e as seguradoras em relação à cobertura para os SU prejudica o objectivo de reduzir a utilização dos SU.

2. CUIDADOS DE SAÚDE NO DISTRITO DE VIANA DO CASTELO – ASPECTOS METODOLÓGICOS

O principal objectivo deste trabalho de investigação foi obter respostas às questões previamente formuladas, através da utilização de um método científico que nos ajudou a estudar os factores determinantes da procura de serviços de urgência, de forma mais racional. A procura é aqui entendida como sendo o n.º de utentes que acorre aos diferentes serviços de urgência.

A conceptualização de “Acesso”, “Universalidade”, “Cuidados de Saúde Primários” e “Serviços de Urgência” delimitou de forma clara o objecto da investigação, permitindo tomar em consideração determinado tipo de fenómenos. Tais fenómenos só foram passíveis de estudar através da formulação de hipóteses. As hipóteses, apesar de conduzirem o trabalho de recolha e análise de dados, foram testadas, corrigidas e aprofundadas ao longo do trabalho de investigação.

Na fase inicial deste trabalho levantou-se a questão das causas/factores que determinam a procura dos serviços de urgência, em Monção, Ponte de Lima e Viana do Castelo. Os números anteriormente apresentados mostram que este fenómeno poderá estar associado, para além de outros factores, à proximidade das freguesias aos SU e, consequentemente, à liberdade de escolha do utente. No entanto, existem outros factores que podem ajudar a esclarecer esta problemática. Nesta perspectiva, colocam-se as seguintes hipóteses:

- **Hipótese 1:** a procura dos SU está associada à proximidade das freguesias aos SU: quanto maior a proximidade das freguesias, mais elevada deverá ser a procura dos SU;
- **Hipótese 2:** a procura dos SU está relacionada com os factores demográficos da população: quanto maior a faixa etária da população, mais elevada deverá ser a procura dos SU;
- **Hipótese 3:** a procura dos SU está associada aos factores socioeconómicos da população: quanto menor o rendimento familiar, menos elevada deverá ser a procura dos SU;
- **Hipótese 4:** a procura dos SU está relacionada com o nível de escolaridade dos utentes: quanto menor a escolaridade, mais elevada deverá ser a procura dos SU;

- **Hipótese 5:** a procura dos SU está associada aos factores socioculturais da população: quanto maior a percepção sobre a gravidade da doença, menos elevada deverá ser a procura dos SU nos casos menos graves;
- **Hipótese 6:** a procura dos SU poderá estar dependente do grau de satisfação dos utentes relativamente ao atendimento nos CSP: quanto menor o grau de satisfação dos utentes face aos CSP, mais elevada deverá ser a procura dos SU;
- **Hipótese 7:** a procura dos SU está associada ao grau de satisfação dos utentes relativamente ao atendimento nos SU: quanto maior o grau de satisfação dos utentes face aos SU, mais elevada deverá ser a procura dos SU;
- **Hipótese 8:** a procura dos SU está relacionada com a informação prestada ao utente: quanto mais informação for prestada ao utente sobre em que situações se deve recorrer ao SU, menor o recurso ao SU, em caso não grave;
- **Hipótese 9:** a procura dos SU está associada à informação prestada ao utente: quanto mais informação for prestada ao utente sobre em que situações se deve recorrer ao Centro de Saúde, menor o recurso ao SU, em caso não grave.

Estamos na presença de hipóteses simples de causalidade que exprimem a relação entre a variável independente (X) e a variável dependente (Y). Em princípio, a variável (X) será a causa da alteração do valor da variável (Y). No entanto, também é aceitável definir este tipo de hipóteses como sendo direccionais, pois indicam precedentemente a direcção esperada da relação entre as variáveis, ou seja, apresentam-se como resposta provisória à pergunta de partida da investigação. Segundo Freixo (2009), “todas as hipóteses causais são necessariamente direccionais”.

2.1. TIPO DE ESTUDO

O método que nos pareceu mais adequado para estudar os propósitos do trabalho de investigação foi o de natureza qualitativa, mas também com enfoque quantitativo. O objectivo deste tipo de abordagem de investigação não é mais do que descrever e interpretar o meio onde o estudo terá lugar e o fenómeno tal como se apresenta, ou seja, diz respeito ao “porquê” e ao “o quê”. Deste modo, foi realizado um inquérito precisamente para perceber a experiência e a percepção das pessoas que participam no

estudo. O método qualitativo permitiu compreender e a abordagem quantitativa interpretar a procura excessiva aos Serviços de Urgência, podendo vir assim a dar um contributo importante à ULSAM, enquanto organização, a nível dos seus recursos e, consequentemente, dos custos associados.

Como método complementar utilizamos o de natureza quantitativo, assente na base de dados da ULSAM, através do “SONHO” e do “ADW/Acent®”.

O “SONHO” é o programa informático onde é registada toda a actividade diária hospitalar.

Relativamente ao “ADW/Acent®”, a sua funcionalidade centra-se no registo do movimento de utentes na urgência, permitindo obter informação sobre o fluxo de utentes/hora/semana/prioridade de atendimento (cor), entre muitos outros elementos.

Nesta perspectiva, o estudo incidiu sobre o total de episódios de urgência por prioridade de atendimento (cor azul, verde, branco), analisando-se um conjunto de variáveis (idade, sexo, localidade, causa de admissão, inscrição em Centro de Saúde, etc.). Aos dados recolhidos foi então dado um tratamento estatístico.

O método de investigação quantitativo consistiu num processo de recolha de dados observáveis e quantificáveis, contribuindo para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

A desvantagem deste método prende-se com o facto de deixar de fora o estudo dos acontecimentos que têm por base os comportamentos, atitudes, motivação e expectativas das pessoas que participam no estudo. Só é possível compreender e avaliar tais acontecimentos se compreendermos a percepção e a interpretação feita por essas pessoas, bem com as respostas dadas aos problemas vivenciados.

2.2. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA/CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Não podendo ser estudada a totalidade da população alvo, isto é, o número total de doentes atendidos nos serviços de urgência triados com cor “verde”, “azul” e “branco”, de 2.ª feira a 6.ª feira, entre as 8.00h e as 20.00h, optamos como critérios de inclusão os doentes triados com estas cores que recorreram aos serviços de urgência, no período de 1 a 31 de Março de 2010, nos dias de semana e horário acima referidos.

A escolha do período de aplicação do inquérito (de 2.^a a 6.^afeira) bem como o horário indicado, deve-se ao facto de, neste período, estarem em funcionamento normal os cuidados de saúde primários. Aos fins de semanas a resposta dos cuidados primários é ténue e durante a semana das 20.00h às 8.00h a resposta é efectuada pelos serviços de urgência, na sua generalidade.

Utilizamos como critérios de exclusão: doentes triados com cor vermelha, laranja e amarela, porque partimos do pressuposto que configuram situações de verdadeira urgência; o período entre as 20.00 horas e as 8.00 horas, incluindo fins-de-semana, porque o doente não tem alternativa de acesso; doentes com idades inferiores a 17 anos por configurarem situações de urgência pediátrica; grávidas; doentes mentais e emigrantes.

Para a determinação do n.º de inquéritos a aplicar, utilizamos como ponto de referência o n.º de atendimentos realizados em Março de 2009, aplicando os mesmos critérios de inclusão e exclusão deste trabalho, ao qual acrescentamos 10% para termos alguma margem de consolidação. No início de Abril de 2010, fizemos a recolha dos dados estatísticos relativos à população alvo (mês de Março), através do “ADW/Acent®” chegando à conclusão que o n.º de questionários recolhidos foi em número suficiente, como se pode constatar da Tabela 13.

Deste modo, para o cálculo da dimensão que a amostra deveria ter utilizamos a “Tabela sobre a dimensão da amostra”, sugerida por Huot (2002). Esta tabela permitiu-nos, assim, obter, numa primeira fase, uma estimativa da dimensão que a amostra deveria ter, utilizando os dados de Março de 2009 (+10%) e, numa segunda e última fase, permitiu-nos confirmar que o n.º de inquéritos recolhidos estava dentro do valor que deveria ter, tendo em conta os dados de Março de 2010. Optamos por acrescentar 10% aos dados de Março de 2009 para tornar esta estimativa mais consistente e nos dar alguma margem de segurança.

A recolha dos dados estatísticos de Março 2009 obedeceu aos mesmos critérios dos utilizados no período homólogo.

Todavia, apresentando a tabela de HUOT valores de entrada (população alvo - N) com intervalos variáveis, surgiu o problema de não ser possível observar o valor desejável da nossa amostra (n). Como solução possível, recorremos ao valor de entrada

imediatamente a seguir ao valor da nossa população alvo. Como alternativa, poderíamos ter recorrido à interpolação linear mas a diferença era ínfima.

Deste modo, foram estimados os seguintes valores da amostra, pressupondo uma tendência constante do n.º de episódios de urgência:

Tabela 13 - Estimativa da dimensão da amostra

	Episódios (Março 2009)	Valor Entrada da Tabela de HUOT	Amostra estimada*
SUMC - Viana	1.407	1.500	306+31=337
SUB - PL	538	550	226+23=249
SUB - Monção	597	600	234+23=257

Fonte: "Alert" *acrescido de 10%

Correndo, obviamente, o risco de não termos a dimensão da amostra pretendida, foi realizada a monitorização semanal da evolução da nossa população alvo, que nos permitiu obter a dimensão da amostra desejada. Contudo, no caso de tal situação acontecer, teríamos de alongar o período de recolha e realizar uma estimativa mais generosa, dada a tendência ascendente, aumentando igualmente a população alvo.

Assim, utilizamos o método de amostragem probabilística, que nos permitiu efectuar uma selecção aleatória dos elementos da população alvo formando, assim, a amostra. Trata-se de uma amostra aleatória simples, em que cada elemento tem igual probabilidade de fazer parte da amostra. De acordo com os dados recolhidos no "ADW/Acent®" obtivemos a seguinte amostra:

Tabela 14 – Dimensão da Amostra

Março 2010	SUMC - Viana	SUB – Ponte de Lima	SUB - Monção
População Alvo	1.405	548	726
Valores de entrada da Tabela de HUOT	1.500	550	750
Dimensão da Amostra (Tabela Huot)	306	226	254
Dimensão efectiva da Amostra	327	242	263

A informação recolhida foi armazenada e tratada no suporte informático SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Na análise dos dados, para além da descritiva, utilizamos o teste de Kruskal-Wallis e o teste de Mann-Whitney. Optamos pelos testes não paramétricos dada a sua maior generalidade e o facto de assumirem pressupostos muito menos restritivos quanto às características/conhecimento das características da população ou da amostra.

2.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS – O QUESTIONÁRIO

Como instrumento de recolha de dados optámos por inquirir, presencialmente, os doentes que recorrem ao SUB Monção, SUB Ponte de Lima e SUMC Viana do Castelo, triados com cor verde, azul ou branco, através de um questionário estruturado.

A aplicação do questionário teve como principal objectivo avaliar a procura dos cuidados de saúde no Distrito de Viana do Castelo, ou seja, perceber como cada pessoa aprecia o seu estado de saúde, de que forma utiliza as unidades de saúde disponíveis, se têm acompanhamento regular nos cuidados de saúde primários, as razões para a escolha dos serviços de urgência na obtenção de cuidados de saúde, bem como diagnosticar eventuais necessidades de informação relacionadas com os Cuidados de Saúde Primários e Serviços de Urgência. Para assegurar que os doentes participantes no estudo compreendessem bem as questões colocadas e serem capazes de responder, o questionário foi submetido a um pré-teste junto de 48 doentes com características semelhantes à nossa amostra, com o intuito de o aferir e validar.

Deste modo, foram elaborados três questionários (para cada serviço de urgência) diferenciando-se o de Viana do Castelo do de Ponte de Lima e de Monção apenas na questão 10 – **“Indique três ou mais razões que o/a levam a procurar o Serviço de Urgência”**, em que uma das opções de resposta era: **“Porque o Centro de Saúde fica ao lado do Serviço de Urgência, logo é melhor ir à urgência”**. Esta opção de resposta deve-se à proximidade geográfica dos centros de saúde de Ponte de Lima e Monção aos respectivos SUB.

Na primeira parte do inquérito é solicitado ao utente um conjunto de informações gerais sobre dados sócio-económicos (sexo, idade, freguesia, estado civil, escolaridade, situação perante o emprego, rendimento familiar). Na segunda parte do inquérito são

solicitadas informações sobre o seu estado de saúde. De seguida, surge um conjunto de questões relacionados com a inscrição, ou não, do utente no centro de saúde da área de residência e no médico de família e, caso não esteja inscrito, qual a razão; que tipo de serviço de saúde escolhe em primeiro lugar quando necessita de cuidados; se está ou não isento de taxas moderadoras, se tem conhecimento em que serviços as referidas taxas são mais elevadas e se influenciam a sua ida à urgência; (in)existência de informação prestada ao utente sobre em que situações deve recorrer ao serviço de urgência e ao centro de saúde; quais as razões (três ou mais) que o levam a procurar o serviço de urgência e o centro de saúde; qual a percepção que tem, no momento do inquérito, do seu estado de saúde; se está (in)satisfeito com o atendimento do serviço de urgência e quantas vezes recorreu, em média, ao serviço de urgência no último ano.

A última parte do questionário pretende, em termos gerais, aferir a satisfação do utente sobre o seu centro de saúde (atendimento dos diferentes profissionais; instalações; tempo médio de espera para uma consulta; tempo de atendimento pelo médico de família; factor que mais contribui para o nível de (in)satisfação expresso; recomendação, ou não, do centro de saúde a outros utentes; (in)existência de alguma razão para mudar de médico de família, se sim, qual.

O inquérito termina com a indicação da cor atribuída pela Triagem Manchester e do dia da semana em que foi aplicado o inquérito.

O questionário é assim constituído por questões objectivas que têm relação com os factos, nomeadamente com as características dos utentes (idade, sexo, rendimento, etc.), com os seus conhecimentos e com os seus comportamentos. É também constituído por questões subjectivas, ou seja, referência a medidas de opinião, satisfação e percepção, bem como às intenções de comportamento. Por fim, o questionário contém perguntas fechadas e abertas.

Nas perguntas fechadas, de escolha múltipla, menos subjectivas, é solicitado ao utente que indique, dentro de um número de respostas possíveis, a que melhor corresponde à resposta que deseja dar. No entanto, sabemos que este tipo de questões apresenta vantagens e desvantagens. Como vantagens apontamos a rapidez e facilidade de resposta; maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas; facilidade na categorização das respostas e facilidade na contextualização da questão. Como desvantagens apontam-se a dificuldade em elaborar as respostas possíveis de uma

questão; não incentiva a originalidade e a variedade de resposta; o doente pode escolher uma resposta que mais se aproxima da sua opinião mas que não representa fielmente a realidade e poderá não contribuir para um nível de concentração desejável do doente sobre o assunto em questão. A pergunta aberta, menos directiva, possibilita que o doente se exprima livremente sobre determinada questão, dando a impressão que está a ser ouvido. Deste modo, confere-se maior flexibilidade e liberdade nas opiniões expressas e permite-nos recolher informação variada sobre o tema em questão. Contudo, este tipo de perguntas torna mais difícil a organização e categorização das respostas e requer mais tempo para responder. Entendemos que a combinação dos dois tipos de perguntas poderia contribuir para a recolha de mais informação sobre a temática da investigação, metodologia muito utilizada, hoje em dia, pela sociologia e psicologia.

3. PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE – ANÁLISE DOS RESULTADOS EMPÍRICOS

Nesta fase do trabalho de investigação apresentamos uma avaliação dos resultados obtidos através dos inquéritos realizados aos utentes que procuraram os três serviços de urgência do Distrito: SUMC Viana do Castelo, SUB Ponte de Lima e SUB Monção. A análise descritiva permite-nos obter, de forma geral, uma imagem detalhada da realidade do Distrito no que diz respeito à procura dos serviços de urgência disponíveis. A acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde deve ser analisada tendo em atenção as características da população e a própria avaliação realizada pelos utentes. Deste modo, analisamos os três serviços de forma separada, uma vez que cada um procura satisfazer as necessidades das populações circunscritas.

3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

No mês em que decorreu o estudo, 1.405 utentes utilizaram o SUMC-Viana, 548 o SUB-Ponte de Lima e 726 o SUB-Monção.

O número total de utentes inquiridos, no total dos três serviços de urgência, foi de 832 utentes distribuídos da seguinte forma:

Tabela 15 - Distribuição dos utentes por serviço de urgência

Serviços de Urgência	N.º Utes inquiridos	Idade Média	Desvio Padrão	Mediana
SUMC - Viana	327	50,76	18,134	51
SUB – Ponte Lima	242	47,54	20,14	46
SUB - Monção	263	44,38	18,573	40

Como se pode constatar dos histogramas a seguir apresentados, a distribuição das idades é assimétrica positiva no SUB – PL e no SUB – Monção. No caso do SUMC – Viana a distribuição das idades indicia uma assimetria negativa.

Gráfico 1 - Distribuição da Idades no SUMC - Viana

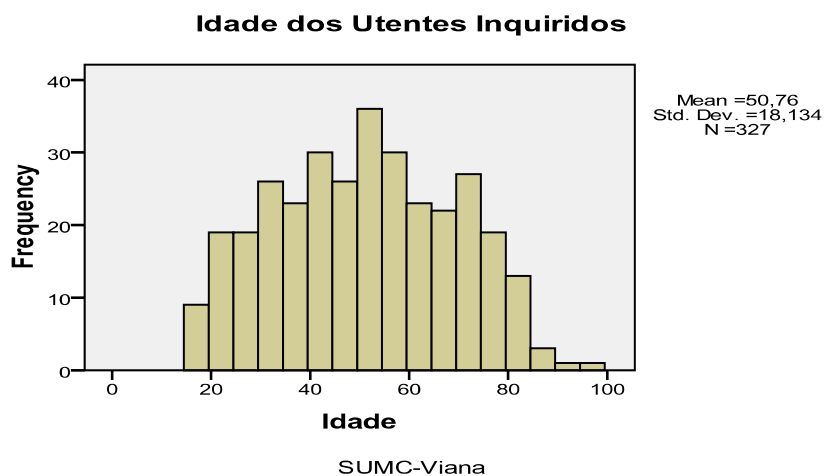


Gráfico 2 - Distribuição das Idades no SUB - PL

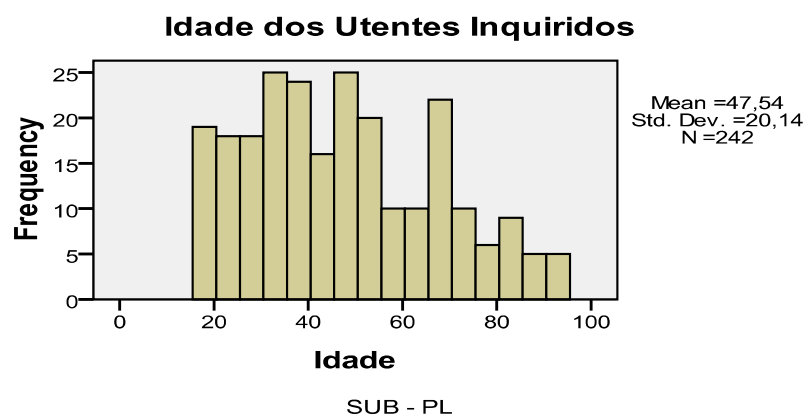
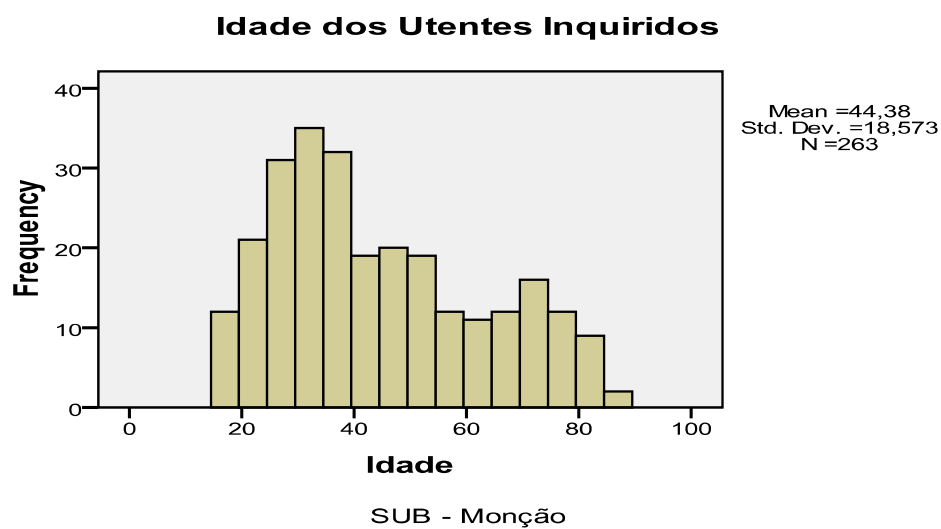


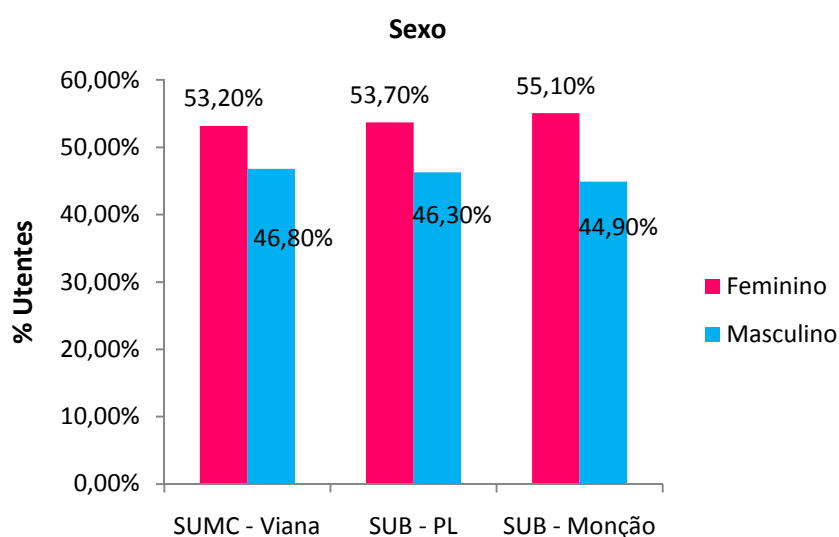
Gráfico 3 - Distribuição das Idade no SUB - Monção



Dos utentes inquiridos no SUMC - Viana, 50% não tinha mais do que 51 anos, no SUB – Ponte de Lima 50% dos utentes tinham idade igual ou inferior a 46 anos e no SUB – Monção 50% dos utentes inquiridos não ultrapassou os 40 anos.

Dos 832 questionários recolhidos, a maioria pertencia a utentes do sexo feminino:

Gráfico 4 - Sexo



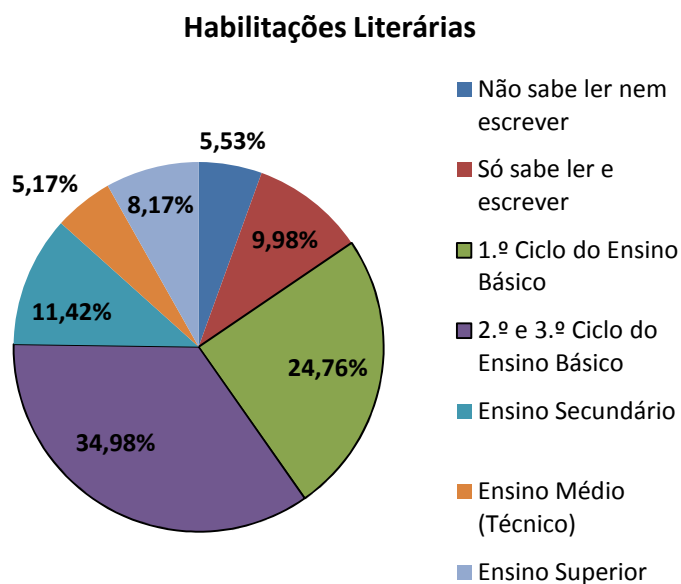
Relativamente à situação familiar dos utentes inquiridos, a maioria declarou estar casado, como se pode constatar da tabela seguinte:

Tabela 16 - Situação Familiar dos Utes

Estado Civil	SUMC - Viana	SUB - PL	SUB - Monção
Casado/União de Facto	61,80%	66,50%	49,80%
Divorciado/Separado	5,80%	3,30%	11,00%
Solteiro	21,40%	21,50%	29,30%
Viúvo	11,00%	8,70%	9,90%

No que diz respeito às habilitações literárias dos utentes inquiridos nos três serviços de urgência, constatamos que 75% dos utentes tinham uma escolaridade igual ou inferior ao ensino básico, dos quais 9,98% só sabia ler e escrever, denotando um baixo nível de escolaridade dos utentes da nossa amostra.

Gráfico 5 - Habilitações Literárias



Quanto à ocupação, a maioria dos utentes (41,35%) declarou ser trabalhador por conta de outrem, surgindo de seguida os reformados (27,04%).

Tabela 17 - Situação Laboral

Situação perante o emprego	N.º Utentes Inquiridos	%
Trabalhador por conta de outrem	344	41,35%
Reformado/aposentado/pensionista	225	27,04%
Trabalhador por conta própria	79	9,50%
Doméstica	66	7,93%
Desempregado	57	6,85%
Estudante / Estagiário	49	5,89%
Rendimento mínimo garantido	6	0,72%
Outros	6	0,72%

Os trabalhadores por conta de outrem eram maioritariamente do sexo masculino, com excepção dos que recorreram ao SUB – Monção. Os utentes reformados eram na sua maioria do sexo feminino e os que afirmaram trabalharem por conta própria eram predominantemente do sexo masculino.

Da análise conjunta dos três serviços de urgência, podemos concluir que uma grande maioria dos utentes inquiridos inserem-se predominantemente no grupo social baixo.

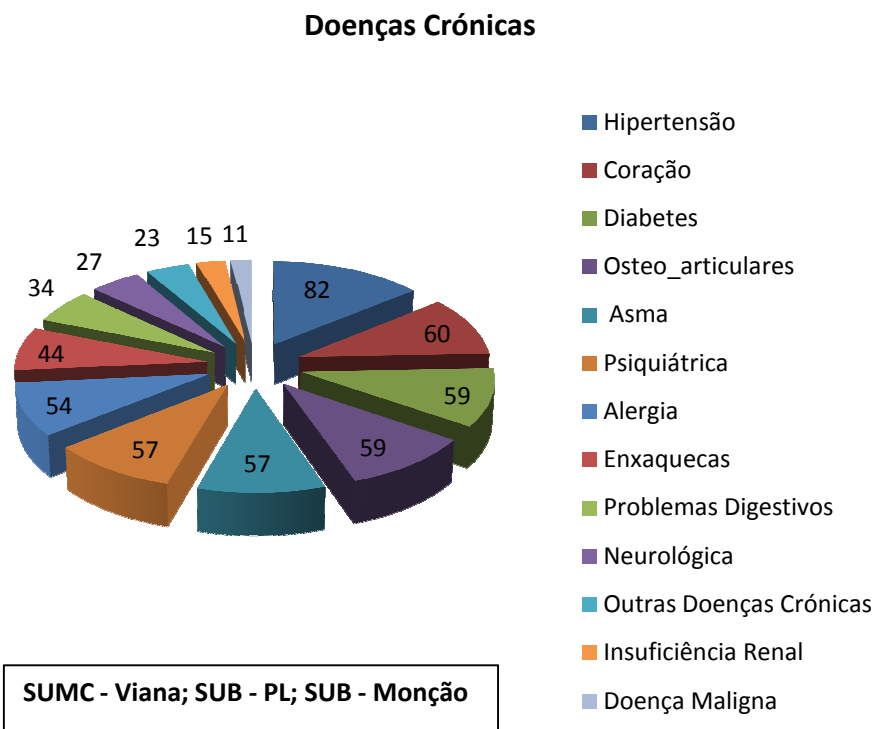
Ou seja, dos utentes inquiridos no SUMC – Viana e no SUB – Monção a maioria afirmou auferir rendimentos entre 500€ e 1.000€, enquanto no SUB – Ponte de Lima 54,1% dos utentes declarou auferir rendimentos inferiores a 500€.

Tabela 18 - Rendimento Mensal

Rendimento Mensal (euros)	SUMC - Viana	SUB - PL	SUB - Monção
[0 – 500[41%	54,1%	33,1%
[500 – 1.000[41,6%	38%	44,5%
[1.000 – 2.000[13,8%	6,6%	20,2%
Superior a 2.000	3,3%	1,2%	2,2%
Não responde	0,3%		

Relativamente à prevalência de doenças crónicas, a Hipertensão, as doenças de Coração, a Diabetes, as Osteoarticulares, a Asma, as doenças Psiquiátricas e as Alergias foram as mais referidas pelos utentes inquiridos nos três serviços de urgência.

Gráfico 6 - Doenças Crónicas



De referir que a percentagem de doentes crónicos existentes na nossa amostra é substancialmente significativa, e que a maioria destes doentes recorreu aos serviços de urgência disponíveis no Distrito de Viana do Castelo durante o ano de 2009, como se pode constatar do quadro seguinte:

Tabela 19 - Doentes Crónicos

	Doentes crónicos	Doentes c/ 1 doença crónica	Doentes c/ 2 doenças crónicas	Doentes crónicos que foram ao SU	N.º médio de idas ao SU
SUMC - Viana	145 (44,34%)	113 (77,93%)	24 (16,55%)	81 (55,86%)	3
SUB - PL	132 (54,55%)	75 (56,82%)	34 (25,76%)	112 (84,85%)	4
SUB - Monção	102 (38,78%)	60 (58,82%)	27 (26,81%)	95 (93%)	3

Sendo as doenças crónicas patologias de evolução prolongada, ou seja, de carácter permanente, para as quais não existe cura, a análise dos dados leva-nos a reflectir sobre a necessidade de uma resposta mais proactiva dos serviços da ULSAM para este tipo de doentes, para que tenham melhor acessibilidade aos CSP e a um acompanhamento mais personalizado e integrado, sem terem de recorrer aos serviços de urgência.

Relativamente à inscrição no Centro de Saúde da área de residência e no Médico de Família, constatamos que a maioria estava inscrita, o que de alguma forma poderá traduzir a importância atribuída aos CSP, nomeadamente aos médicos de família, apesar de em caso de doença, sem critério de gravidade, se verificar o recurso aos serviços de urgência do Distrito, de acordo com a triagem Manchester apresentada.

Gráfico 7 - Inscrição no Centro de Saúde

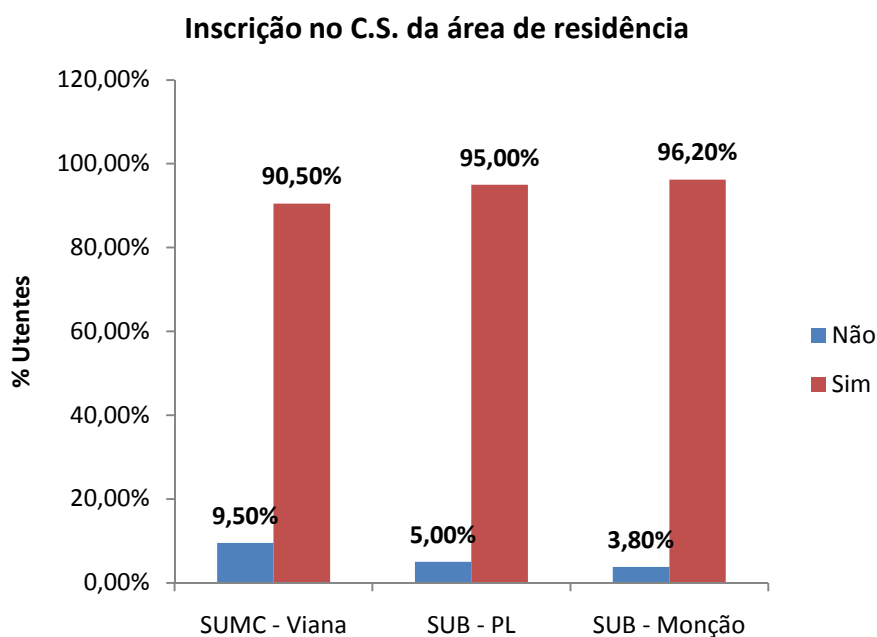
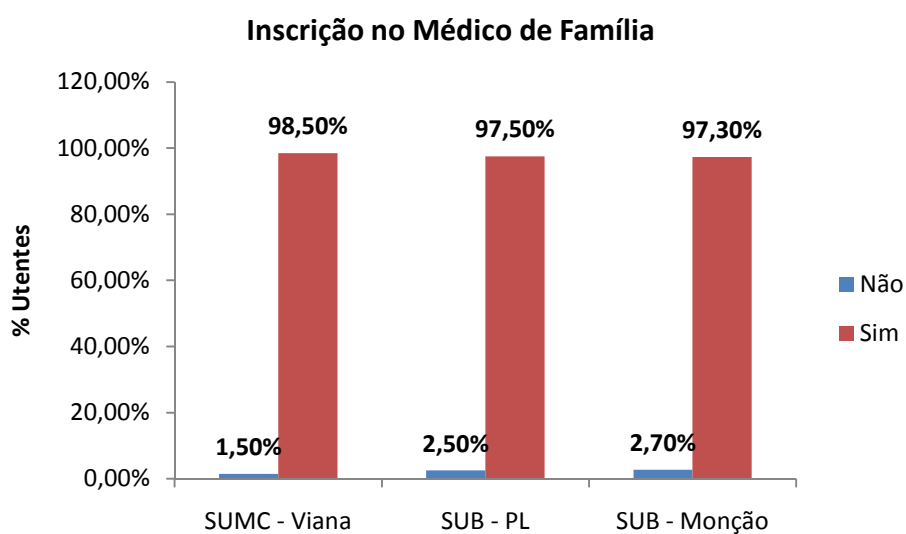


Gráfico 8 - Inscrição no Médico de Família



Os principais motivos apontados para a não inscrição no CS (SUMC e SUB – PL) foram o facto de estarem inscritos noutra CS, que não o da área de residência. No SUB – Monção os três motivos mais referidos foram o simples facto de não quererem estar inscritos; por estarem inscritos noutra CS; por não terem a sua situação regularizada no País. Quanto à não inscrição no MF, os principais motivos referidos, no SUMC e no SUB – PL, foram o facto de não haver vagas para o MF (estão em lista de espera) e o

facto de terem mudado de residência. No SUB – Monção os motivos mais apontados foram o de não quererem estar inscritos e por não terem a sua situação regularizada no País.

Relativamente à caracterização da população que recorreu aos serviços de urgência disponíveis no Distrito, sem entrar no pormenor da distância percorrida entre a área de residência e o serviço de urgência, constatamos que a proximidade geográfica parece condicionar a procura dos serviços de urgência. Isto é, os 327 utentes inquiridos no SUMC – Viana eram maioritariamente utentes residentes nas freguesias do Concelho de Viana do Castelo. O mesmo sucedeu com os utentes que procuraram os SUB, como se pode constatar dos gráficos seguintes:

Gráfico 9 – Distribuição dos Utentes Inquiridos no SUMC – Viana por Concelhos

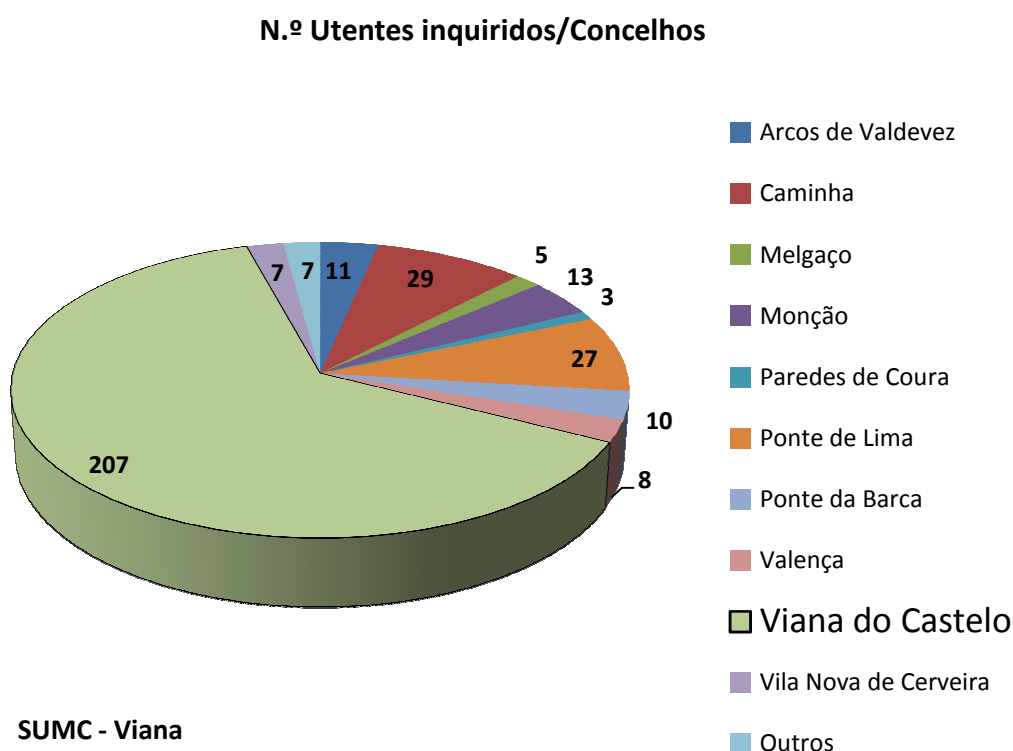


Gráfico 10 – Distribuição dos Utentes Inquiridos no SUB – PL por Concelhos

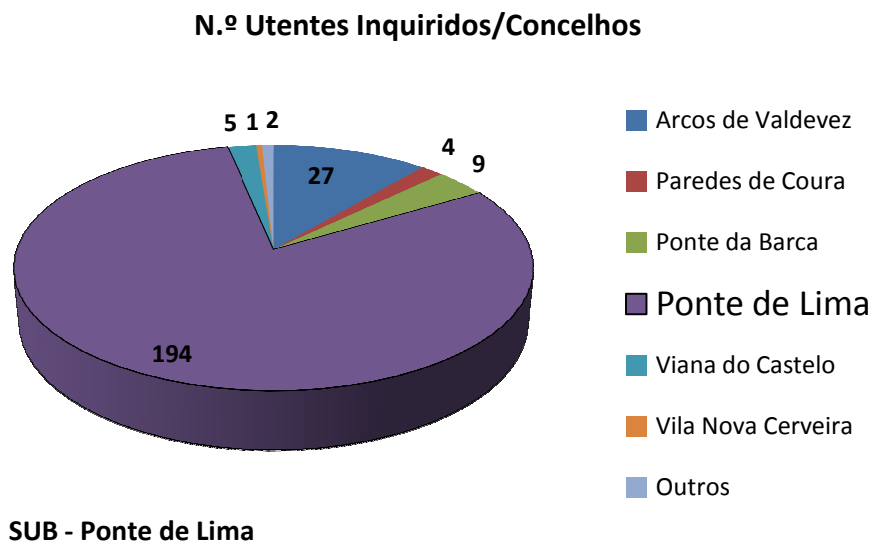
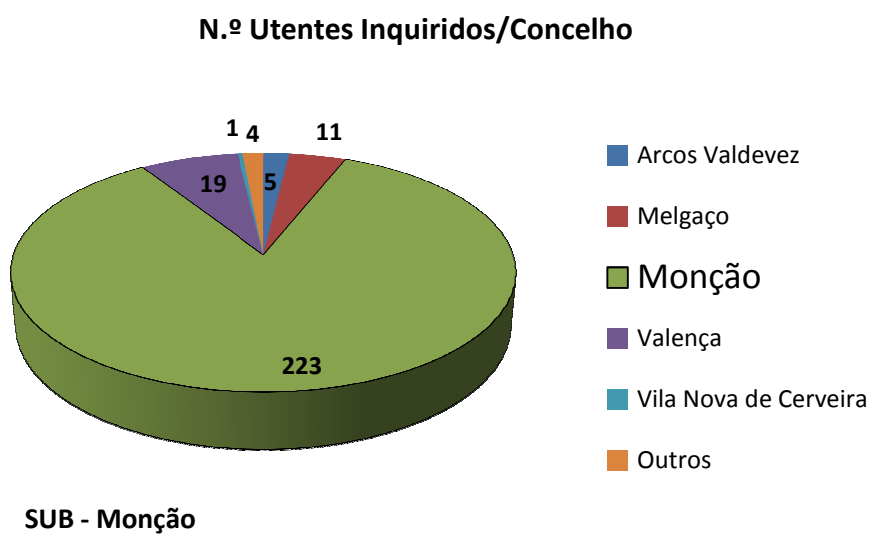
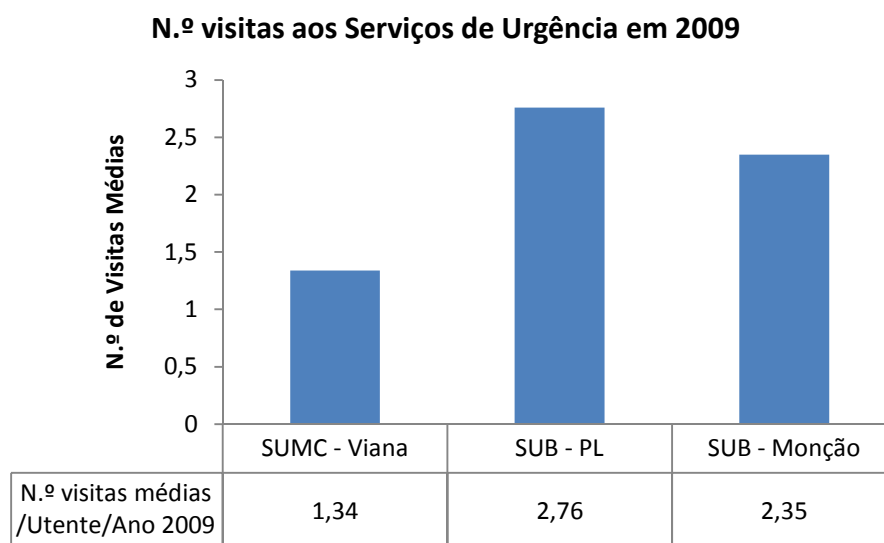


Gráfico 11 - Distribuição dos Utentes Inquiridos no SUB - Monção por Concelhos

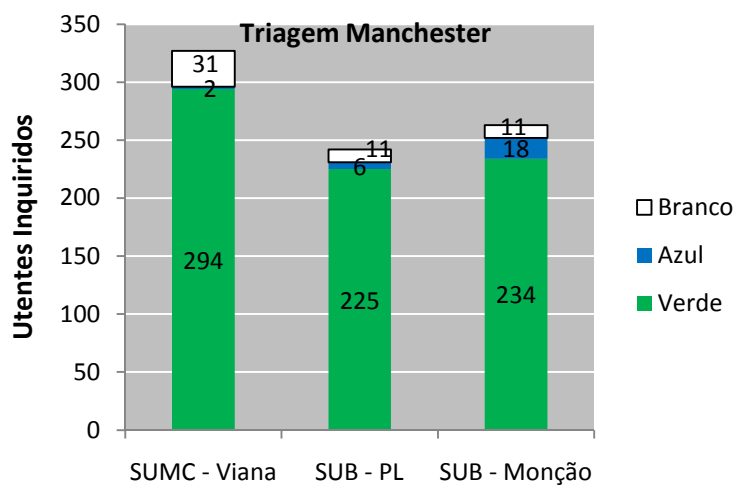


Do total da amostra em estudo, 4,47% dos utentes pertencem a outros Distritos espelhando uma procura esporádica.

A procura média dos serviços de urgência do Distrito, em 2009, pelos utentes inquiridos neste estudo foi muito idêntica entre os SUB, tendo sido menor no SUMC – Viana do Castelo, como se pode verificar do gráfico seguinte:

Gráfico 12 - N.º médio de visitas aos Serviços de Urgência em 2009

Relativamente à Triagem Manchester, observamos que os utentes foram triados da seguinte forma:

Gráfico 13 - Triagem Manchester

Os dias da semana mais frequentados foram a 2.^a feira em Viana e Ponte de Lima, e a 6.^a feira em Monção.

3.2. ANÁLISE DAS QUESTÕES RELATIVAS AOS CENTROS DE SAÚDE

Relativamente à procura dos CSP do Distrito, a maioria dos utentes inquiridos declarou escolher o centro de saúde em primeira opção, em caso de necessidade de cuidados de saúde, em detrimento dos serviços de urgência ou médico privado.

As principais razões mencionadas para a procura dos CS, pelos utentes inquiridos nos diferentes serviços de urgência, foram as que se seguem:

Tabela 20 - Razões da procura do CS – Utentes Inquiridos no SUMC – Viana do Castelo

Razões da procura do Centro de Saúde	N.º Respostas	%
"Marcar consulta de rotina"	266	81,35%
" Pedir exames/análises de rotina/tratamentos	200	61,16%
" Pedir receita médica/baixa médica/relatório médico"	139	42,51%
"Quando me sinto doente"	120	36,70%
"Quando preciso de cuidados enfermagem"	69	21,10%
" Vigiar o meu estado de saúde"	50	15,29%
"Vacinação"	39	11,93%
"Raramente utilizo o CS"	37	11,31%
"Tenho uma relação de confiança com o MF"	19	5,81%
Outras razões	69	21,10%

Tabela 21 - Razões da procura do CS - Utentes Inquiridos no SUB - Ponte de Lima

Razões da procura do Centro de Saúde	N.º Respostas	%
"Marcar consulta de rotina"	191	78,93%
"Quando me sinto doente"	167	69,01%
" Pedir exames/análises de rotina/tratamentos	148	61,16%
" Pedir receita médica/baixa médica/relatório médico"	106	43,80%
"Quando preciso de cuidados enfermagem"	87	35,95%
"Vacinação"	61	25,21%
" Vigiar o meu estado de saúde"	49	20,25%
" Acompanhamento da doença crónica"	29	11,98%
"Estou satisfeito com atendimento do MF"	25	10,33%
"Sempre que preciso, no horário do CS"	20	8,26%
" Tenho uma relação de confiança com o MF"	15	6,20%
Outras razões	36	14,88%

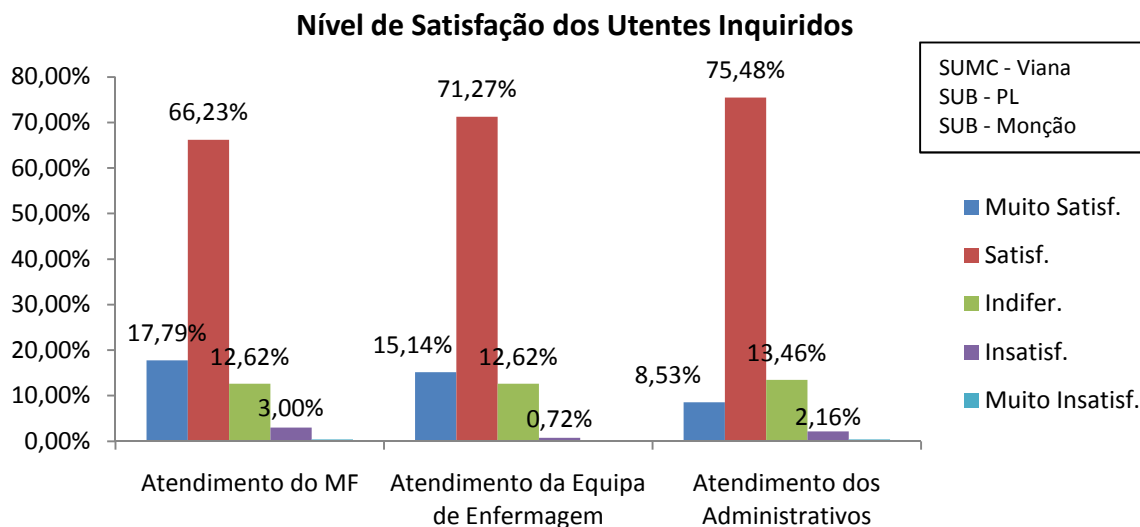
Tabela 22 - Razões da procura do CS - Utentes Inquiridos no SUB - Monção

Razões da procura do Centro de Saúde	N.º Respostas	%
"Marcar consulta de rotina"	225	85,55%
" Pedir exames/análises de rotina/tratamentos	145	55,13%
" Pedir receita médica/baixa médica/relatório médico"	123	46,77%
"Quando preciso de cuidados enfermagem"	115	43,73%
"Quando me sinto doente"	113	42,97%
"Vacinação"	59	22,43%
" Vigiar o meu estado de saúde"	39	14,83%
Outras razões	66	25,10%

Da análise conjunta dos dados, observamos que as razões apontadas não diferem muito entre os utentes inquiridos. Podemos assim concluir que os utentes recorrem ao CS para situações de rotina programadas. No entanto, em situações em que é necessário o atendimento médico não programado, os utentes dirigem-se ao serviço de urgência mais próximo, contribuindo para o congestionamento e utilização inadequada dos serviços de urgência. Contudo, podemos ainda concluir que é atribuída alguma importância à vacinação e à vigilância de saúde, por parte dos utentes.

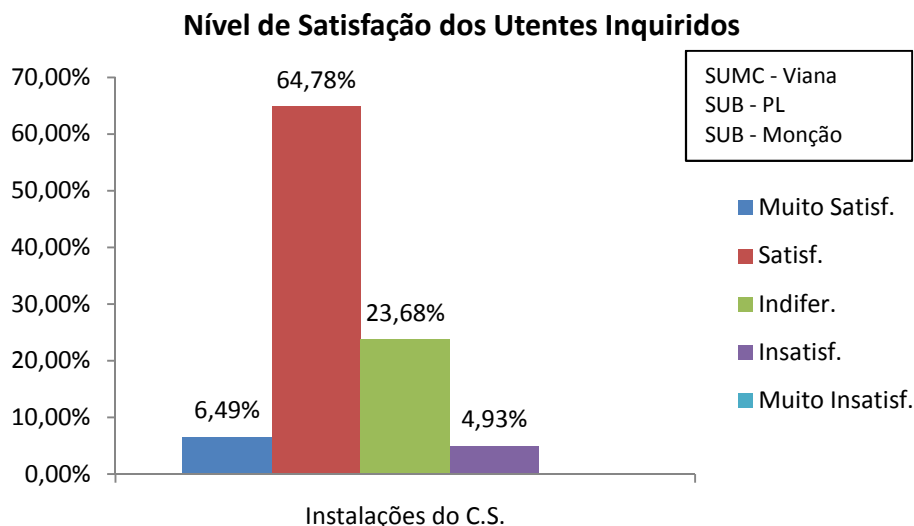
No que concerne à satisfação, podemos dizer que a procura e a utilização dos serviços de saúde estão estreitamente ligadas ao nível de satisfação que o utente tem em relação a esses serviços, podendo a satisfação ser entendida como um indicador de qualidade, apesar de constituir uma medida de avaliação subjectiva directamente relacionada com a expectativa do utente. Deste modo, foi efectuada uma mensuração do nível de satisfação dos utentes ao nível dos cuidados primários, tendo em conta três dimensões: o atendimento pelos profissionais (assistente técnico, enfermagem e médico), a qualidade das instalações e o tempo de espera.

Deste modo, podemos concluir que a maioria dos utentes (832) avaliou de forma positiva a interacção directa com os profissionais de saúde, como se pode observar do gráfico apresentado:

Gráfico 14 - Satisfação dos Utentes - Atendimento dos Profissionais

Relativamente ao atendimento telefónico e à rapidez com que são resolvidos os problemas que os utentes consideram urgentes, o nível de satisfação é ligeiramente inferior, correspondendo a um nível de satisfação, médio, de 52,94%.

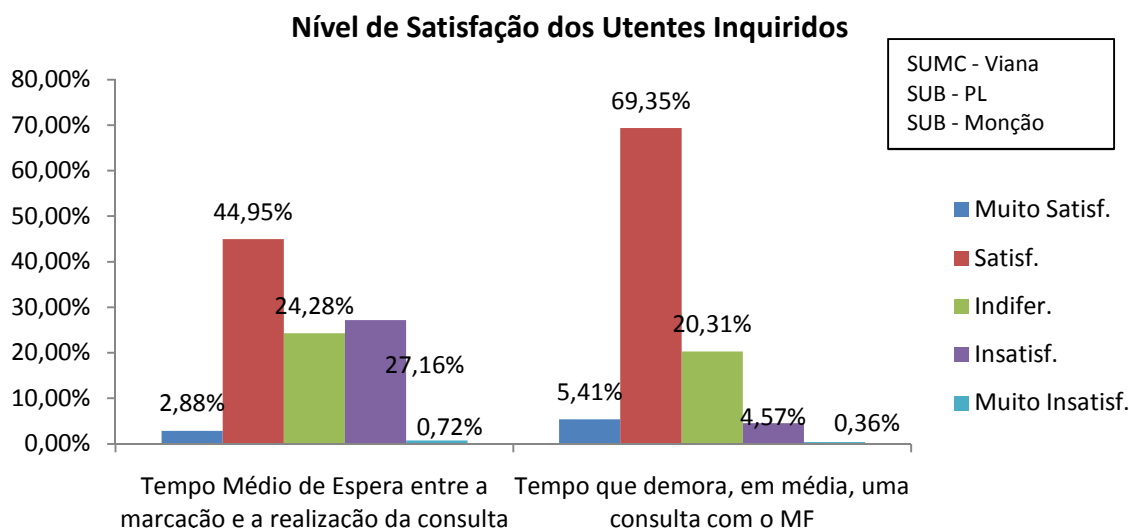
No que diz respeito às instalações físicas dos C.S., a generalidade dos utentes demonstrou estar satisfeita com as condições físicas (ambiente, WC, salas de espera, etc.) dos centros de saúde da área de residência.

Gráfico 15 - Satisfação dos Utentes - Instalações

Nos aspectos mais relacionados com a gestão, como é o caso do tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta, obtivemos um nível de satisfação mais moderado.

De referir que o nível de indiferença e de insatisfação relativo ao tempo médio de espera entre a marcação e a realização da consulta é muito idêntico, muito possivelmente pelo facto de terem de esperar 1 mês para terem consulta, sendo que a satisfação naturalmente deverá diminuir à medida que aumenta o tempo de espera.

Gráfico 16 - Satisfação dos Utentes - Tempos de Espera



No que respeita ao tempo que demora, em média, uma consulta com o médico de família, o nível de satisfação é generalizado.

Os utilizadores dos serviços de saúde que procuram um determinado nível de cuidados por iniciativa própria fazem-no não apenas pelo nível técnico e humano do serviço mas também pela valorização que atribuem à rapidez no atendimento e à resolução dos problemas. Desta forma, tempos de espera considerados longos pelo utente conduzem à insatisfação e, consequentemente, à percepção negativa, a qual poderá traduzir-se na desvalorização global do atendimento do serviço.

A variável tempo parece-nos assim um indicador importante no que respeita à construção pessoal e social da imagem do centro de saúde, em particular, e da ULSAM no seu todo.

No cômputo geral, os utentes inquiridos disseram estar satisfeitos com o C.S. da área de residência, apontando, de forma unânime, o atendimento geral como principal motivo de satisfação. Afirmaram, ainda, recomendar o seu centro de saúde a um amigo/familiar

No que respeita à avaliação feita ao médico de família, constatamos que a maioria dos utentes inquiridos afirmou não ter motivos para querer mudar de médico de família:

Gráfico 17 - Existência de motivos para mudar de Médico de Família

Existência de motivo para mudar de MF	% Utentes Inquiridos
Não	89,90%
Sim	7,1%
Não responde	3%

Os utentes que demonstraram vontade em mudar de médico de família apontaram os seguintes motivos:

Gráfico 18 - Motivos para mudar de Médico de Família

Motivos para mudar de MF	SUMC - Viana	SUB - PL	SUB - Monção
Dificuldade de acesso ao MF	22,20%	11,80%	13,3%
O Médico de Família falta muito	14,80%		53,30%
Atendimento médico	18,5%	58,80%	13,3%

3.3. ANÁLISE DAS QUESTÕES RELATIVAS AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Para estudarmos as razões que motivam a escolha dos serviços de urgência, solicitámos aos utentes que nos indicassem três ou mais razões para tal escolha, donde surgiram vários padrões de resposta:

Tabela 23 - Razões da procura do SU - Utentes Inquiridos no SUMC - Viana do Castelo

Razões da procura do SUMC- Viana do Castelo	N.º Respostas	%
"Quando sofro um acidente"	157	48,01%
"Por iniciativa própria"	131	40,06%
"Fazem todos exames/analises na hora"	110	33,64%
"Quando o MF me manda ir ao SU após consulta"	92	28,13%
"Quando me sinto doente"	69	21,10%
"Há mais médicos especialistas"	65	19,88%
"Quando a situação é grave"	60	18,35%
"É mais prático do que marcar consulta no MF"	57	17,43%
"Quando o MF falta"	53	16,21%
"SU está aberto 24 horas"	47	14,37%
"Há melhores condições tratamento"	39	11,93%

"Quando não consigo marcar consulta no CS"	27	8,26%
"Quando o CS está fechado"	20	6,12%
"Atendimento no SU é mais rápido que no CS"	12	3,67%
"Referenciado pelo Médico Hospitalar - Consulta Externa"	11	3,36%
"Só em caso de necessidade"	8	2,45%
"Tratam-me bem no SU"	6	1,83%
"Médico do SU mandou-me voltar (após episódio anterior) "	6	1,83%
"Quando me sinto mal durante a noite"	4	1,22%
"Estar mais perto do SU do que do CS da área de residência"	4	1,22%
"Quando não estou a ser bem acompanhado no CS"	3	0,92%
"Telefonei para o CS - aconselharam-me ir ao SU"	3	0,92%
"O SU de Monção mandou-me para Viana"	2	0,61%
"Enfermeira do CS mandou-me vir ao SU"	2	0,61%
"O Médico Família mandou-me para o SU sem ir à consulta"	2	0,61%
" Fui mal atendido no MF"	1	0,31%
"O SU de PL mandou-me para Viana"	1	0,31%
"Não consegui consulta no privado"	1	0,31%

Tabela 24 - Razões da procura do SU - Utentes Inquiridos no SUB - Ponte de Lima

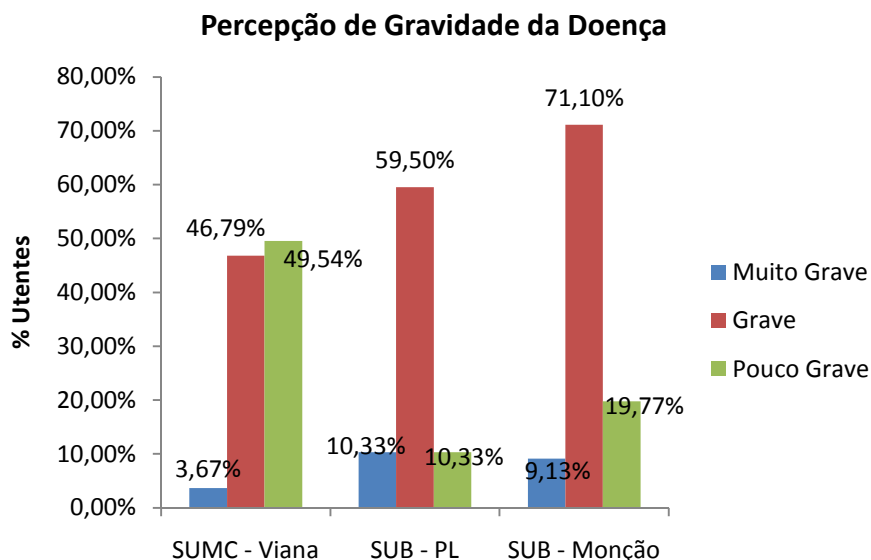
Razões da procura do SUB - Ponte de Lima	N.º Respostas	%
"Fazem todos exames/analises na hora"	124	51,24%
"Quando sofro um acidente"	120	49,59%
" SU está aberto 24 horas"	106	43,80%
"Quando me sinto doente"	97	40,08%
"Por iniciativa própria"	76	31,40%
" Quando o MF falta"	65	26,86%
"Há melhores condições tratamento"	54	22,31%
"Quando não consigo marcar consulta no CS"	54	22,31%
" Atendimento no SU é mais rápido que no CS"	40	16,53%
"Quando o MF me manda ir ao SU após consulta"	38	15,70%
"Quando a situação é grave"	29	11,98%
"Quando o CS está fechado"	22	9,09%
" Tratam-me bem no SU"	21	8,68%
" O C.S. fica ao lado do SU, logo é melhor ir ao SU"	19	7,85%
"É mais prático do que marcar consulta no MF"	17	7,02%
"Há mais médicos especialistas"	10	4,13%
" Estar mais perto do SU do que do CS da área de residência"	3	1,24%
"Não há SU na área de residência"	2	0,83%
"Porque me trazem de ambulância para o SU"	2	0,83%
" Fui mal atendido no MF"	1	0,41%
"O SU de Viana mandou-me para Ponte de Lima"	1	0,41%

Tabela 25 - Razões da procura do SU - Utentes Inquiridos no SUB - Monção

Razões da procura do SUB - Monção	N.º Respostas	%
"Quando me sinto doente"	160	60,84%
"Por iniciativa própria"	144	54,75%
"Quando sofro um acidente"	137	52,09%
"SU está aberto 24 horas"	101	38,40%
"Há melhores condições tratamento"	59	22,43%
"Fazem todos exames/analises na hora"	49	18,63%
"Quando o MF falta"	45	17,11%
"Quando não consigo marcar consulta no CS"	40	15,21%
"O C.S. fica ao lado do SU, logo é melhor ir ao SU"	37	14,07%
"Tratam-me bem no SU"	31	11,79%
"Atendimento no SU é mais rápido que no CS"	27	10,27%
"É mais prático do que marcar consulta no MF"	9	3,42%
"Quando a situação é grave"	6	2,28%
"Quando o CS está fechado"	5	1,90%
"Quando o MF me manda ir ao SU após consulta"	4	1,52%
"Quando me sinto mal durante a noite"	2	0,76%

Da análise conjunta dos dados, e sendo o acesso aos cuidados hospitalares efectuado, em princípio, através da referenciação do médico de família, podemos concluir que uma grande percentagem de utentes utiliza os serviços de urgência como porta de entrada alternativa para a obtenção de cuidados de saúde imediatos. Todavia, parece existir alguma contradição nas afirmações dos utentes, dado que a maioria afirmou que, em caso de necessidade de cuidados de saúde, procurava em primeira opção os cuidados de saúde primários quando na realidade tende a observar-se o inverso.

De salientar que, relativamente à percepção que o utente tem de gravidade da doença, no momento da escolha pelo serviço de atendimento a maioria dos utentes inquiridos afirmou estar perante uma situação grave e pouco grave, como se pode constatar do gráfico seguinte:

Gráfico 19 - Percepção de Gravidade da Doença

Quando questionamos os utentes sobre se alguma vez tinham sido informados sobre em que situações deveriam recorrer aos serviços de urgência e aos centros de saúde, verificamos o seguinte:

Tabela 26 - Informação sobre o recurso aos serviços de atendimento

Informação sobre o recurso aos SU	SUMC - Viana	SUB - PL	SUB-Monção
Não	277	149	189
Sim	50	93	74
Informação sobre o recurso ao CS	SUMC - Viana	SUB - PL	SUB-Monção
Não	285	145	180
Sim	42	97	83

Parece-nos, assim, que a gravidade percepcionada é um factor que poderá estar associado com a acessibilidade aos CSP. Ou seja, este factor poderá ser influenciado pelo nível de informação transmitido aos utentes sobre em que situações optar por um outro serviço de atendimento e por uma maior acessibilidade ao médico de família, pois a percepção demonstrada não correspondeu à gravidade real.

Deste modo, poderemos dizer que quando existem problemas de comunicação estes poderão ser quer ao nível da precisão como é transmitida a informação, quer ao nível da precisão como é recebida essa mesma informação pelo utente e, também, ao nível da eficiência da recepção dessa informação e de que forma afecta o comportamento do utente no sentido desejado.

Relativamente ao nível de satisfação para com os serviços de urgência utilizados, constatamos que a maioria dos utentes estava satisfeita com o atendimento:

Gráfico 20 - Satisfação - Atendimento do SUMC - Viana

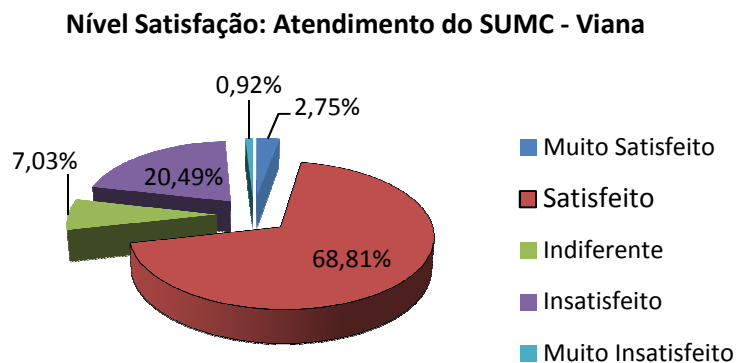


Gráfico 21 - Satisfação - Atendimento no SUB - PL

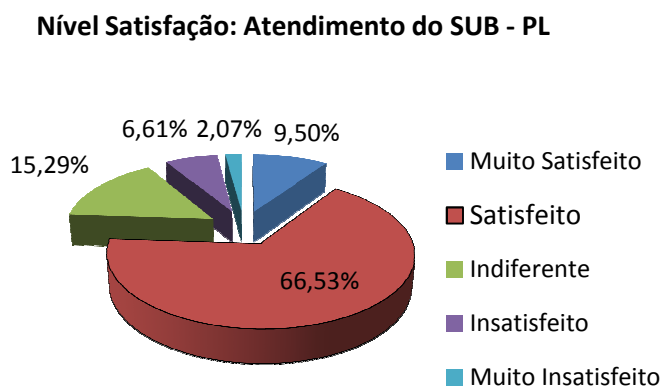
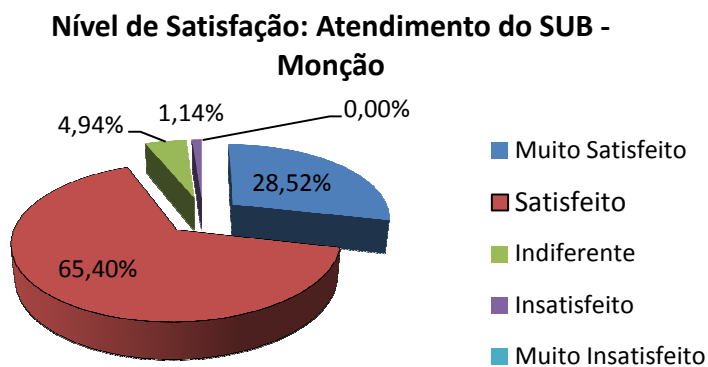


Gráfico 22 - Satisfação - Atendimento no SUB - Monção



De referir que a insatisfação está associada aos longos tempos de espera.

Podemos, assim, concluir que os utentes tendem a desvalorizar, consciente ou inconscientemente, os cuidados primários, pois utilizam os serviços de urgência em situações que poderiam ter sido tratadas nos respectivos centros de saúde, face aos resultados da triagem Manchester, com prejuízos claros na eficácia do atendimento das situações de urgência.

E porque o recurso a qualquer serviço de urgência significa, tal como nos CSP, o pagamento de uma taxa moderadora, que é superior ao de uma consulta no médico de família, concluímos que a maioria dos utentes que recorreram aos SUB – Ponte de Lima e de Monção não eram isentos de taxa moderadora, contrariamente aos utentes inquiridos no SUMC – Viana do Castelo.

Dos utentes não isentos de taxa, a maioria declarou que o pagamento de taxa moderadora não influenciava a ida à urgência, com a exceção dos utentes do SUB – Monção que admitiram influenciar um pouco. Enquanto utentes pagadores, a maioria sabia qual dos serviços de atendimento (SU/CSP) tinha taxa moderadora mais elevada. Porém, concluímos que há ainda uma percentagem substancialmente significativa de utentes que não sabe em qual dos serviços paga mais de taxa moderadora. Intrinsecamente, este facto poderá estar associado à percepção que as pessoas têm do bem “saúde”, enquanto “bem sem preço”.

Deste modo, consideramos que o papel das taxas moderadoras, enquanto mecanismo inibidor do consumo, parece não surtir muito efeito na prática.

Tabela 27 - Taxas Moderadoras

TAXAS MODERADORAS	SUMC - Viana	SUB - PL	SUB - Monção
% de Utentes não isentos de T. Mod.	48,60%	56,70%	72,30%
Influência da T. Mod. no recurso aos SU:			
• Muito	1,20%	11,20%	11,00%
• Pouco	5,20%	17,80%	35,40%
• Nada	42,20%	27,70%	25,90%
Serviço com Tx. Mod. mais baixa:			
• Centro de Saúde	31,80%	55,50%	69,60%
• Serviço de Urgência	7,00%	4,50%	1,90%
• Não Sabe	61,20%	40,10%	28,50%

3.4. ANÁLISE COMPARATIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

O objectivo principal deste trabalho foi tentar perceber o que explica a procura dos serviços de urgência do Distrito de Viana do Castelo, durante o período em análise, por utentes que não apresentam critérios de gravidade, e caracterizar essa mesma procura. Melhor dizendo, a finalidade deste trabalho foi a investigação empírica do impacto de determinadas variáveis sobre a procura dos serviços de urgência do Distrito de Viana do Castelo (n.º de vezes que os utentes inquiridos foram às urgências).

Todavia, para além da análise descritiva da amostra e das conclusões retiradas, limitamos a nossa análise ao teste de *Kruskal-Wallis* e, em alguns casos, ao teste de *Mann-Whitney*. A utilização do teste de *Kruskal-Wallis*, enquanto alternativa não paramétrica ao teste *One-Way Anova*, ou seja à análise de variância clássica, permitiu-nos testar a hipótese da existência de um parâmetro de localização comum a todas as populações contra a hipótese alternativa de que, pelo menos uma das populações tende a apresentar valores superiores (inferiores) às outras. Ou seja, permitiu-nos verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de uma determinada variável independente. O nível de significância (α) utilizado para os testes foi de 0,05. O principal item analisado foi o “Asymp. Sig.”, pois, se este valor for inferior a $\alpha = 0,05$ a Hipótese Nula é rejeitada, se for superior, a mesma é aceite.

As variáveis independentes são as que foram definidas no capítulo 2, sendo que a variável dependente é a procura dos serviços de urgência pelas diferentes amostras do estudo, ou seja, o n.º de visitas realizadas a cada um dos serviços de urgência pelos utentes inquiridos. As Hipóteses a testar foram definidas da seguinte forma:

H0: O n.º de visitas ao SUMC/SUB é igual para os diferentes grupos da variável independente i

$i = \{\text{idade, sexo, habilitações literárias, situação laboral, distância percorrida entre a área de residência e o SU, satisfação com o CS, satisfação com o atendimento do SU, percepção da gravidade da doença de momento, existência de informação sobre em que situações recorrer ao CS/SU}\}$

H1: O n.º de visitas ao SUMC/SUB é diferente para, pelo menos, um dos grupos da variável independente i

3.4.1. SUMC – VIANA DO CASTELO – ANÁLISE COMPARATIVA

Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis– SUMC - Viana

Variável Dependente: N.º visitas ao SU (procura do serviço de urgência)					
Variável Independente:	Chi-Square	χ^2 crítico	df	Asymp. Sig	Decisão
Idade:					
Até aos 29 anos					
Dos 30 – 49 anos	0,796	7,815	3	0,850	Aceitar H0
Dos 50 – 69 anos					
Mais de 70 anos					
Distância percorrida pelo utente:					
Inferior a 13 km					
Entre 14 – 25 km	12,219	7,815	3	0,007	Rejeitar H0
Entre 26 – 37 km					
Igual ou superior a 38 km					
Habilitações Literárias	13,792	14,07	7	0,055	Aceitar H0
Situação Laboral	13,493	15,51	8	0,096	Aceitar H0
Rendimento Familiar	3,225	9,488	4	0,521	Aceitar H0
Percepção de Gravidade da doença	2,771	5,991	2	0,250	Aceitar H0
Nível de satisfação com o CS	1,010	7,815	3	0,799	Aceitar H0
Nível de satisfação com o SUMC	6,624	9,488	4	0,157	Aceitar H0

Tabela 29 - Teste Mann-Whitney - SUMC - Viana do Castelo

Variável Dependente: N.º visitas ao SU (procura do serviço de urgência)				
Variável Independente:	Mean Rank	Asymp. Sig	α	Decisão
<u>Sexo:</u>				
Feminino	175,75	0,01	0,05	Rejeitar H0
Masculino	150,64			
<u>Existência de informação s/ CS:</u>				
Sim	193,69	0,019	0,05	Rejeitar H0
Não	159,62			
<u>Existência de informação s/ SUMC:</u>				
Sim	178,33	0,209	0,05	Aceitar H0
Não	161,41			

Pelos resultados dos testes estatísticos, constatamos que o sexo, a distância percorrida entre a área de residência e o SUMC - Viana e a divulgação de informação aos utentes sobre em que situações devem recorrer ao centro de saúde tiveram influência significativa na procura do SMUC pelos utentes inquiridos.

Assim, com um nível de confiança de 95% podemos concluir que o n.º de visitas à urgência é menor nos Homens do que nas Mulheres. Com o mesmo nível de confiança, concluímos também que os utentes que nunca foram informados em que situações devem recorrer ao centro de saúde foram aqueles que recorreram menos vezes à urgência.

No que respeita à distância percorrida concluímos, igualmente, que existem diferenças significativas entre os utentes de diferentes Freguesias/Concelhos, ou seja, a distância influencia o número de visitas ao SUMC – Viana. A análise descritiva dos dados indica-nos que a maioria dos utentes que recorreu ao serviço de urgência, neste período, era maioritariamente do Concelho de Viana do Castelo, ou seja, a proximidade influencia a procura, como se tem vindo a verificar em anos anteriores.

Relativamente às restantes variáveis em análise constatamos que não existem diferenças significativas, ou seja, não existem diferenças no n.º de visitas à urgência quanto:

- a) Às habilitações literárias dos utentes inquiridos e à sua situação laboral;
- b) Ao rendimento mensal;

- c) Aos utentes que percepcionaram a gravidade da doença, no momento, como sendo Muito Grave, Grave ou Pouco Grave;
- d) Aos diferentes níveis de satisfação, em termos gerais, para com o centro de saúde da área de residência;
- e) Aos diferentes níveis de satisfação relativos ao atendimento do SUMC – Viana;
- f) À (in)existência de divulgação de informação sobre em que situações os utentes se devem dirigir à urgência.

3.4.2. SUB – PONTE DE LIMA – ANÁLISE COMPARTIVA

Tabela 30 - Teste Kruskal-Wallis – SUB – Ponte de Lima

Variável Dependente: N.º visitas ao SU (procura do serviço de urgência)					
Variável Independente:	Chi-Square	χ^2 crítico	df	Asymp. Sig	Decisão
Idade:					
Até aos 29 anos					
Dos 30 – 49 anos	2,260	7,815	3	0,520	Aceitar H0
Dos 50 – 69 anos					
Mais de 70 anos					
Distância percorrida pelo utente:					
Entre 2 – 6 km					
Entre 7 – 11 km	6,150	7,815	3	0,105	Aceitar H0
Entre 12 – 16 km					
Igual ou superior a 17 km					
Habilitações Literárias	9,936	14,07	7	0,192	Aceitar H0
Situação Laboral	5,533	12,59	6	0,477	Aceitar H0
Rendimento Familiar	6,994	9,488	4	0,072	Aceitar H0
Percepção de Gravidade da doença	3,833	5,991	2	0,147	Aceitar H0
Nível de satisfação com o CS	4,846	9,488	4	0,303	Aceitar H0
Nível de satisfação com o SUB	3,056	9,488	4	0,548	Aceitar H0

Tabela 31 - Teste Mann-Whitney - SUB - Ponte de Lima

Variável Dependente: N.º visitas ao SU (procura do serviço de urgência)				
Variável Independente:	Mean Rank	Asymp. Sig	α	Decisão
<u>Sexo:</u>				
Feminino	129,92	0,041	0,05	Rejeitar H0
Masculino	111,72			
<u>Existência de informação s/ CS:</u>				
Sim	127,09	0,303	0,05	Aceitar H0
Não	117,76			
<u>Existência de informação s/ SUB:</u>				
Sim	123,17	0,766	0,05	Aceitar H0
Não	120,46			

No que diz respeito ao SUB – Ponte de Lima, para um nível de confiança de 95%, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas no n.º de visitas ao SUB quanto às variáveis em estudo, com a exceção do sexo.

Isto é, estando o valor do teste associado a um nível de significância de 0,041 (inferior a $\alpha = 0,05$) rejeitamos a hipótese nula, pelo que podemos concluir que o n.º de visitas ao SUB – Ponte de Lima apresenta diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo.

3.4.3. SUB – MONÇÃO – ANÁLISE COMPARATIVA

Tabela 32 - Teste Kruskal-Wallis - SUB – Monção

Variável Dependente: N.º visitas ao SU (procura do serviço de urgência)					
Variável Independente:	Chi-Square	χ^2 crítico	df	Asymp. Sig	Decisão
Idade:					
Até aos 29 anos					
Dos 30 – 49 anos	11,561	7,815	3	0,009	Rejeitar H0
Dos 50 – 69 anos					
Mais de 70 anos					
Distância percorrida pelo utente:					
Entre 1 – 4 km					
Entre 5 – 9 km	4,991	9,488	4	0,288	Aceitar H0
Entre 10-14 km					
Igual ou superior a 15 km					
Habilitações Literárias	21,812	14,07	7	0,003	Rejeitar H0
Situação Laboral	15,011	15,51	8	0,059	Aceitar H0
Rendimento Familiar	14,738	7,815	3	0,002	Rejeitar H0
Percepção de Gravidade da doença	4,160	5,991	2	0,126	Aceitar H0
Nível de satisfação com o CS	12,948	9,488	4	0,012	Rejeitar H0
Nível de satisfação com o SUB	4,910	7,815	3	0,179	Aceitar H0

Tabela 33 - Teste Mann-Whitney - SUB – Monção

Variável Dependente: N.º visitas ao SU (procura do serviço de urgência)				
Variável Independente:	Mean Rank	Asymp. Sig	α	Decisão
<u>Sexo:</u>				
Feminino	129,95	0,619	0,05	Aceitar H0
Masculino	134,52			
<u>Existência de informação s/ CS:</u>				
Sim	144,73	0,059	0,05	Aceitar H0
Não	126,13			
<u>Existência de informação s/ SUB:</u>				
Sim	153,74	0,003	0,05	Rejeitar H0
Não	123,49			

Relativamente ao SUB – Monção, constatamos que a idade, as habilitações literárias dos utentes, o rendimento mensal, o seu nível de satisfação para com o centro de saúde e a (in)existência de divulgação de informação sobre em que situações devem recorrer ao SUB, tiveram influencia no n.º de visitas a este serviço, como se pode verificar do valor dos testes estatísticos.

As restantes variáveis não têm influência na procura do SUB – Monção.

4. CONCLUSÕES

Neste trabalho de investigação procuramos perceber a Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo, ou seja, perceber o porquê da escolha dos serviços de urgência, em situações de não gravidade.

Dos dados anteriormente analisados, constatamos que a procura dos cuidados de saúde nos serviços de urgência de Viana do Castelo tem um carácter multifacetado.

A procura de cuidados de saúde é uma procura derivada cujo objectivo central é a procura de saúde. No entanto, o consumo de cuidados de saúde, por si só, não providencia utilidade. Existem outros aspectos que podem, em média, ser mais importantes na explicação dos níveis de saúde da população, especialmente em pessoas com baixos níveis de rendimento, ou outros aspectos como o nível de escolaridade, nutrição, habitação, saneamento básico, etc.

Incidindo este estudo sobre o recurso inadequado aos serviços de urgência do Distrito, verifica-se que na maior parte dos casos a procura advém da iniciativa própria dos utentes, sendo motivada também pela disponibilidade de meios complementares de diagnóstico e pela facilidade de aceder aos serviços de urgência. Deve, por isso, haver uma reflexão séria de todos os actores, sobre esta questão e, também sobre o conceito de prescrição em contextos de urgência em situações que não as justificam.

Dos resultados obtidos, podemos concluir que existe mutabilidade no que respeita às atitudes e comportamentos das populações. Estes são factores que estão fora do controlo dos serviços de saúde. A procura dos SU por iniciativa própria dá-nos indícios de que existe procura insatisfeita nos CSP, no sentido de uma insuficiente resposta dos serviços em tempo útil. De salientar que uma grande proporção de utentes que afirmaram procurar, normalmente, o médico de família para a resolução dos seus problemas de saúde, acabaram por ir aos serviços de urgência disponíveis no Distrito.

De facto, os utentes da nossa amostra não possuem critério de gravidade, de acordo com a triagem Manchester, mas não podemos concluir que a sua percepção por necessidades de cuidados de saúde não seja real. O que acontece é que os serviços de urgência parecem ser os únicos que dão resposta às necessidades dos utentes no momento em que precisam.

Ao caracterizarmos, de forma geral, a procura dos serviços de urgência do Distrito, pretendemos contribuir para a identificação de alguns factores preponderantes para a

decisão de escolha entre os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência, na população utilizadora dos cuidados de saúde. Apesar de se garantir o anonimato dos questionários corremos o risco de algum enviesamento das respostas dos inquiridos.

Os resultados da análise descritiva apontam para um nível de satisfação generalizado dos utentes quer em termos dos CSP quer em termos dos SU. Mas, percepcionando a maioria dos utentes que a sua situação, no momento do atendimento, era grave ou pouco grave estes dirigiram-se aos serviços de urgência mais próximos (cor verde – 90,5%, cor branca – 6,4%, cor Azul – 3,1%). Parece-nos, assim, que os CSP não estão a ser utilizados para resolver o problema dos atendimentos de situações consideradas urgentes pelo utente. A tipologia da consulta aberta parece-nos, assim, ter um papel diminuto na resolução deste problema.

Através da análise dos dados, constatamos, também, que há uma tendência para as mulheres subestimarem a avaliação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens, ou seja, o género parece ser um factor importante na forma como cada pessoa avalia o seu próprio estado de saúde.

Em relação aos doentes crónicos, verificamos que uma percentagem substancialmente significativa recorreu aos serviços de urgência, o que nos leva a concluir pela necessidade de uma resposta mais proactiva dos serviços da ULSAM para estes doentes, que poderá contribuir para o atenuar do problema dos atendimentos inadequados nas urgências.

Constatamos, ainda, que uma elevada frequência de utentes com nível de escolaridade baixo utilizaram os serviços de urgência (75% dos utentes com escolaridade igual ou inferior ao ensino básico). Contudo, não se verificam diferenças significativas entre os diferentes níveis de escolaridade e o n.º de visitas às urgências, com excepção do SUB – Monção. No entanto, entendemos que a escolaridade tem um papel importante na distinção entre os indivíduos, no sentido de que os que têm níveis de escolaridade mais altos aderem melhor, em princípio, a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde, tendo maior facilidade em corrigir maus hábitos.

Em termos gerais, ao longo da análise bivariada efectuada entre algumas variáveis em estudo, com recurso a tabelas de contingência, constatamos que não existem diferenças

estatisticamente significativas entre a maioria delas e o n.º de vezes em que os serviços de urgência são procurados.

Concluímos ainda que a relação de confiança que, presumivelmente, se estabelece entre o doente e o médico de família, ao longo dos anos, parece ter pouco poder de influência na decisão sobre por que tipo de cuidados de saúde optar.

Desta forma, uma vez que os utentes se encontram, maioritariamente, satisfeitos com a duração da consulta do MF (69,35%) e com o seu atendimento (66,33%), seria de investir numa verdadeira acessibilidade a uma consulta nos CSP em situações urgentes e numa efectiva referenciação destes doentes para os serviços de urgência nos casos clinicamente indicados. Acreditamos que esta poderá ser uma das vias que contribuirá para a redução do número de urgências inadequadas.

Concordamos que existirá sempre uma procura inadequada nas urgências hospitalares, mas entendemos que é possível intervir e reduzir este cenário, através de uma intervenção na comunidade médica e não médica. Cabe à ULSAM encontrar uma solução que olhe para o problema como um todo, concentrando-se nas interacções entre os diferentes serviços de saúde que a compõem. As expectativas das populações, em geral, sobre os cuidados de saúde são cada vez maiores, e por isso é necessário encontrar um modelo que se aplique à realidade.

Informar/sensibilizar as pessoas que a disponibilidade de cuidados de saúde adequados não significa que tenham acesso indiscriminado a todos os níveis de prestação de cuidados, não parece ser tarefa fácil. A mudança de comportamentos e hábitos (talvez até de paradigma) parece exigir, cada vez mais, investimentos na comunicação e na disponibilização de alternativas de cuidados de saúde, capazes de garantir uma resposta eficaz aos problemas da população. No entanto, os investimentos efectuados em comunicação têm associado um elevado risco financeiro, pois podem não ser compensados pelo efeito de eficiência que se pretende obter (Ribeiro, 2009).

Deste modo, parece-nos fundamental a aplicação de medidas de gestão efectivas e eficazes que passam, também, por um esforço acrescido na consciencialização dos utentes para os custos associados aos cuidados de saúde que lhes são prestados nos serviços de urgência. Entendemos, também, ser importante o investimento proactivo na vertente pedagógica para uma verdadeira mudança de paradigma de conceito de

Cuidados de Saúde e da verdadeira vocação dos Serviços de Urgência ao nível do Distrito de Viana do Castelo.

Este trabalho pretende-se assim que contribua para uma melhor utilização dos serviços de urgência e cuidados de saúde primários, que passará também por algumas alterações na atitude dos profissionais, utentes e serviços de saúde, ajudando a atenuar os problemas relacionados com o fluxo de doentes aos serviços de urgência disponíveis no Distrito.

BIBLIOGRAFIA

A.Bianco, et.al. (2003), “Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy”, *Journal of the Royal Institute of Public Health*, Vol. 117, N.º4, pp. 250-255.

Andrew Worster, et.al. (2004), “Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial”, <http://www.cjem-online.ca/v6/n4/p240>, acedido em 8 Novembro 2009.

Barros, P. Pita (2005), “Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos”, Coimbra: Edições Almedina, SA.

Campos, A. Correia (2008), “Reformas da Saúde: O Fio Condutor”, Coimbra: Edições Almedina, SA.

Conselho Empresarial dos Vales do Lima e Minho, <http://www.ceval.pt>, acedido em 15 Novembro 2009.

Constituição da República Portuguesa – Lei n.º1/2001, de 12 de Dezembro.

D. Oterino de la Fuente, et.al. (2005), “Does better to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis”, <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/17/2/186.full.pdf+html>, acedido em 15 Dezembro 2009.

Dagfinn Hallseth (2007), “Desempenho das Urgências Hospitalares – Um Testemunho”, <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/index.php?s=%22Um+Testemunho%22>, acedido em 2 Dezembro 2009.

Decreto-Lei n.º 157/99, 10 de Maio. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. *D.R. I Série-A* - n.º108 (10-05-1999): 2424 – 2434.

Decreto-Lei n.º 173/2003, 01 de Agosto. Taxas Moderadoras.

Decreto-Lei n.º 60/2003, 01 de Abril. Cria a rede de cuidados de saúde primários. *D.R. I Série-A* – n.º77 (01-04-2003): 2118 – 2127.

Despacho n.º18 459/2006, 12 de Setembro. Cria a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência. *D.R. II Série* - n.º176 (12-09-2006): 18 611.

Despacho Normativo n.º11/2002, 6 de Março. Cria o serviço de urgência hospitalar. *D.R. I Série-B* - n.º55 (06-03-2000): 1865 – 1866.

Donabedian A. (1973). Aspects of medical care administration. Boston: Havard University Press.

- Freixo, M. J. Vaz (2009). “Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas”, Lisboa: Instituto Piaget.
- Gill JM, Riley AW (1996). “Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient’s perspective”: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8642367>, acedido em 15 Fevereiro 2010.
- Gordon Moore, et.al. (2003), “Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 138, N.º 3, pp. 244-247
- Houaiss A e Villar M. (2001), Minidicionário Houaiss da língua portuguesa, Rio de Janeiro: Objectiva
- Huot, Réjean (2002), “Métodos quantitativos para as ciências humanas”, Lisboa: Instituto Piaget.
- Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>
- Jonathan Afilalo et.al (2004), “Non-urgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care”, <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119822418/PDFSTART>, acedido em 8 Novembro 2009.
- Kevin Grumbach, MD, Dennis Keane, et.al (1993), “Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding”. <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/83/3/372.pdf>, acedido em 5 Janeiro 2010.
- Kimberly M. (2000), “Managed Care Organization Authorization Denials: Lack of Patient Knowledge and Timely Alternative Ambulatory Care”. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10692195>, acedido em 17 Janeiro 2010.
- Lang, Thierry, et.al. “Using the hospital emergency department as a regular source of care”: <http://www.springerlink.com>, acedido em 29 Novembro 2009.
- Lei de Bases da Saúde - Lei n.º48/99, de 24 de Agosto.
- Levin, Jack (1987), “Estatística aplicada a ciências humanas”, São Paulo: Editora Harbra Ltda.
- Marconi, M. D. A. e Lakatos, E.M. (2003), “Fundamentos de metodologia científica”: São Paulo, Editora Atlas.
- Ministério da Saúde (2007). Proposta de requalificação das urgências. Comunicado n.º1/2007. Comissão Técnica de Apoio do Processo de Requalificação das Urgências.
- Ministério da Saúde (2009). “Unidades de Saúde Familiar: Metodologia de Contratualização”.
- Orsay EM, e Stewart KJ (1999). “Managed Care and Emergency Medical Services: Patient Knowledge Versus Patient Expectations”, *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 34, pp. 95-97

Pestana, MH e Gageiro, JN (2000), “Análise de dados para ciências sociais”, Edições Sílabo.

Plano Estratégico 2008-2010, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal>

Portaria n.º34/2000 – Tabela de Taxas Moderadoras.

Portaria n.º615/2008, de 11 de Julho. Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van (2005), “Manual de investigação em ciências sociais”, Lisboa: Gradiva

Relatório da Organização Mundial da Saúde (2004). *D.R. I Série* – n.º133 (11-07-2008)

Relatório Trimestral de Execução Orçamental ULSAM, EPE – Janeiro a Junho, 2010.

Resolução do Conselho de Ministros n.º157/2005, 12 de Outubro. Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários. *D.R. I Série-B* - n.º196 (12-10-2005): 5981 – 5982.

Ribeiro, José Mendes (2009). “Saúde – A liberdade de escolher”, Lisboa: Gravidia Publicações, SA.

Robert A. MD Lowe (2005), “Association Between Primary Care Practice Characteristics and Emergency Department Use in a Medicaid Managed Care Organization”. *Official Journal the Medical Care Section, American Public Health Association*, Vol. 43 - Issue 8 - pp 792-800.

Safran, Dana Gelb(2003), “Defining The Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 138, N.º 3, pp. 248-255

Santana, Paula (2005), “Geografias da Saúde e do Desenvolvimento”, Coimbra: Editora Almedina.

Scott, Anthony (2000), “Economics of General Practice” in *Handbook of Health Economics*, A. Culyer e Joseph Newhouse, pp. 1175 – 1200, Amsterdam: Elsevier Science.

Simões, J. Almeida e Barros, P. Pita (2007), “Health Systems in Transition – Portugal: Retrato do Sistema de Saúde”, Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde.

Simões, Jorge (2004), “Retrato Político da Saúde”, Coimbra: Almedina

Simões, Jorge (2010), “30 Anos do Serviço Nacional de Saúde”: Editora Almedina

William E. Northington, et.al (2003), “Use of an emergency department by Nonurgent patients”. *The American Journal of Emergency Medicine*, Vol. 23, pp. 131-137.

**ANEXO A1: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA
ULSAM**

ANEXO A2: QUESTIONÁRIOS